A> aff

Josphe Hill, Adèle.

Etude des effets d'un modèle de formation de type expérientiel sur l'apprenant adulte en soins infirmiers : document de travail / Adèle Josphe Hill, Raymonde Beaudoin. -- [Hull] : Université du Québec à Hull, 1984.

185 f. en foliotation multiple ; 28 cm.

Bibliogr. à la fin du v. Notes bibliogr. à la fin du v.

Descripteur(s): *Formation professionnelle *Méthode de formation *Etudiant adulte *Infirmière *Apprentissage expérientiel *Questionnaire *Universitaire (Ordre d'enseignement)

Identif. de sujet: *Techniques infirmières

Niveau(x): R Intérêt: B75 Type: r EDUQ: 8870853

L'étude porte sur les effets de l'utilisation du modèle de formation de type expérientiel sur le développement de certains comportements d'apprentissage chez l'apprenant adulte. L'expérience a duré huit mois et a été réalisée dans deux universités québécoises. Deux devis de recherche de type prétest, post-test ont été élaborés afin de comparer trois groupes d'étudiants en soins infirmiers cliniques. Six instruments de mesure ont été élaborés et utilisés pour évaluer les concepts d'autonomie d'apprentissage et de transferts des acquis théoriques dans la pratique. Les résultats démontrent que l'utilisation du modèle de formation de type expérientiel facilite effectivement le développement d'habiletés auto-diagnostiques et permet le développement d'attitudes favorables à l'autonomie d'apprentissage. Cependant, l'hypothèse relative au transfert des acquis théoriques dans la pratique n'a pas été prouvée de façon significative. Les auteures explorent en conclusion quelques avenues de recherche.

UNIVERSITE DU QUEBEC A HULL

ETUDE DES EFFETS D'UN MODELE DE FORMATION DE TYPE EXPERIENTIEL SUR L'APPRENANT ADULTE EN SOINS INFIRMIERS

ADELE JOMPHE HILL
RAYMONDE BEAUDOIN

Octobre 1984

DOCUMENT DE TRAVAIL

Université du Québec à Hull
REÇU
LE
23 JUIN 1986
Bibliothèque

TABLE DES MATIERES

page

LISTE DES TABLEAUX 1

SOMMAIRE 2

CHAPITRES

I- LE PROBLEME 3

Question de recherche 6
But de l'étude 6
Limites de l'étude 6

II- RECENSION DES ECRITS 7

Cadre théorique 7
Sommaire des études similaires 8
Hypothèses 11

III- METHODOLOGIE 12

1. Définitions opérationelles des termes 12
2. Liste des variables à l'étude 15
3. Outils de cueillette des données 16
4. Processus de validation (étude préliminaire) 26
5. Milieu et échantillonnage 29
6. Schème opérationnel 32
7. Ethique 32
8. Méthode d'analyse 35
9. Limites de la méthodologie 37

IV- ANALYSE DES DONNEES ET INTERPRETATION DES RESULTATS 39

1. Etude quasi-expérimentale 39

1.1 Caractéristiques des échantillons 39
1.2 Résultats des variables mesurées 40
1.3 Vérification des hypothèses 41

4. Etude croisée 44

2.1 Caractéristiques des échantillons 44
2.2 Résultats des variables mesurées 44
2.3 Vérification des hypothèses 47

V- DISCUSSION ET SUGGESTIONS 49

CONCLUSION 54

REMERCIEMENTS 56

APPENDICES

LISTE DES REFERENCES

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAUX		page
1.	Synthèse des outils de cueillette des données	17
2.	Résultats: Etude préliminaire (Groupes 1 et 2)	22
3.	Sujets à l'étude	30
4.	Devis de recherche: Etude quasi expérimentale	33
5.	Devis de recherche: Etude croisée	34
6.	Description des variables et des tests statistiques ...	36
7.	Résultats: Etude quasi-expérimentale	42
8.	Résultats: Etude croisée (Groupes 3-7)	46
9.	Résultats: Etude préliminaire. ("Mann Whitney U")	APP. B
10.	Résultats: Etude préliminaire (Chi carré)	APP. B
11.	Distribution des sujets selon certaines caractéristiques socio-démographiques	APP. C
12.	Résultats: Etude quasi-expérimentale ("Mann Whitney U")	APP. D
13.	Résultats: Etude quasi-expérimentale ("Wilcoxon matched pairs signed ranks")	APP. D
14.	Résultats: Etude croisée ("Mann Whitney U")	APP. E
15.	Résultats: Etude croisée (Chi-carré)	APP. E
16.	Distribution des moyennes obtenues sur le SDLRS	APP. F

SOMMAIRE

Cette étude évaluative avait pour but d'investiguer les effets de l'utilisation du modèle de formation de type expérientiel sur le développement de certains comportements d'apprentissage chez l'apprenant adulte. L'expérience a duré huit mois et a été réalisée dans deux universités québécoises. Deux devis de recherche différents de type prétest post-test ont été élaborés afin de comparer trois groupes d'apprenants en soins infirmiers cliniques. Six instruments de mesure ont été élaborés et utilisés pour évaluer les concepts d'autonomie d'apprentissage et de transfert des acquis théoriques dans la pratique.

Les résultats de l'analyse statistique et descriptive des données recueillies démontrent que l'utilisation du modèle de formation de type expérientiel facilite effectivement le développement d'habiletés auto-diagnostiques et permet le développement d'attitudes favorables à l'autonomie d'apprentissage. Cependant, l'hypothèse relative au transfert des acquis théoriques dans la pratique n'a pas été supportée de façon significative.

Les auteurs explorent en conclusion quelques avenues de recherche.

CHAPITRE I

LE PROBLÈME

L'évaluation des programmes universitaires offerts en soins infirmiers nous révèle des lacunes sérieuses au niveau des approches et de l'encadrement pédagogiques[1]. D'ailleurs, dans le plan de développement de l'éducation en nursing au Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec notait qu'"à date, peu de programmes d'étude en nursing présentent des alternatives d'adaptation aux besoins de l'apprenant soit au niveau des contenus ou des méthodes pédagogiques"[2]. Ces lacunes pédagogiques se reflètent dans la difficulté qu'éprouvent les infirmières à développer une pratique professionnelle véritablement autonome ainsi qu'à transférer les acquis théoriques dans leur pratique en soins infirmiers cliniques.

D'autre part, l'évolution scientifique et technologique des dix dernières années a provoqué une réorganisation du réseau de la santé et des professionnels du Québec. En ce qui a trait au rôle de l'infirmière comme professionnelle, une attention particulière est apportée aux comportements d'autonomie. L'élaboration récente des normes de la pratique professionnelle exige du personnel infirmier qu'il soit en mesure de faire des choix et de prendre des décisions à partir de sa formation et de son expérience. L'approche globale de la santé amène l'infirmière à s'intégrer à une équipe multidisciplinaire où elle a à assumer la responsabilité des soins infirmiers.

Le développement de la pratique professionnelle en soins infirmiers met en évidence l importance du comportement d autonomie de l infirmière[7].

Dans le but de répondre adéquatement aux besoins de l apprenant adulte en soins infirmiers ainsi qu'aux besoins des milieux cliniques un nouveau modèle de formation fut adopté à l intérieur du programme de Certificat en soins infirmiers à l U.Q.A.H. Ce modèle de formation de type expérientiel, innovateur dans l enseignement universitaire aux adultes, est basé sur des principes andragogiques et sur l apprentissage expérientiel. L'apprenant adulte est considéré comme un agent actif dans sa formation dès son entrée au programme. L'apprenant est amené graduellement à prendre en charge sa formation continue et à développer son autonomie d apprentissage. Le modèle de formation vise également par son approche pédagogique et des stages pratiques à favoriser le transfert des acquis théoriques dans la pratique des soins infirmiers cliniques[8].

Afin de vérifier les effets du modèle de formation de type expérientiel sur le développement de comportements autonomes chez l'apprenant adulte et sur sa capacité de transférer les acquis théoriques dans sa pratique professionnelle nous avons effectué une recherche auprès des infirmières inscrites dans le programme de Certificat en soins infirmiers cliniques à l U.Q.A.H.

Malgré que cette étude ne permette pas d évaluer directement l autonomie professionnelle de l infirmière, des recherches en psychologie et en éducation démontrent qu il existe un lien direct entre l autonomie d apprentissage et la performance autonome dans le travail. Plusieurs recherches suggèrent selon Guglielmino et associés, que les individus qui ont développé des attitudes favorables à l autonomie d apprentissage ont tendance à avoir une meilleure performance dans les emplois qui requièrent un haut niveau d'habileté à résoudre des problèmes, un haut niveau de créativité et un haut niveau d aptitude au changement".

QUESTION DE RECHERCHE

Le modèle de formation de type experientiel favorise-t-il le développement de l'autonomie et le transfert des acquis théoriques dans la pratique des soins infirmiers chez l'apprenant adulte?

BUT DE L'ÉTUDE

Evaluer l'impact du modèle de formation de type expérientiel sur le développement de comportements autonomes et le transfert de certains acquis théoriques dans la pratique des soins infirmiers cliniques chez l'apprenant adulte.

LIMITES DE L'ÉTUDE

L'étude se limite aux aspects suivants de l'apprentissage: prise en charge de sa formation continue, autonomie d'apprentissage et transfert de certains acquis théoriques dans la pratique des soins infirmiers. L'étude est de plus limitée à la population étudiante adulte inscrite dans le programme de certificat en soins infirmiers cliniques à l'U.Q.A.H.

CHAPITRE II

RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre comprend le cadre théorique de la recherche, une courte recension des écrits et les hypothèses de recherche.

CADRE THÉORIQUE

1. Lorsqu'une participation active est requise de la part de l'apprenant adulte au cours de son apprentissage, cela favorise chez lui la prise en charge de sa formation et le développement de l'autonomie d'apprentissage.

2. Le modèle d'apprentissage expérientiel développe chez l'apprenant adulte la prise en charge de sa formation et l'autonomie d'apprentissage.

3. L'élaboration d'un contrat d apprentissage en début de programme favorise la prise en charge de sa formation continue.

4. Lorsque l'apprenant a l'opportunité de mettre en application les connaissances acquises par des stages pratiques dans le milieu, cela favorise l integration des connaissances théoriques et le développement d'habiletés pratiques.

ÉTUDES SIMILAIRES

Growe et Harvey, examinent dans une étude, la capacité de rétention des concepts mathématiques et de lecture chez des étudiants inscrits dans un programme d'apprentissage expérientiel et ils comparent les résultats académiques de ces étudiants à ceux d une classe traditionnelle, dans un devis de recherche longitudinal de douze mois. Les résultats indiquent des différences significatives entre les deux groupes dans la rétention des deux concepts". Le devis de recherche utilisé dans cette étude a influencé le choix du devis de recherche en cours.

Caffarella, dans une recherche, étudie la valeur éducative de l'utilisation d'un contrat d'apprentissage en relation avec le développement de l'autonomie d'apprentissage chez les étudiants gradués. Les résultats démontrent que les étudiants trouvent l'emploi du contrat d'apprentissage très valable. Ils trouvent cette formule valorisante, ils se sentent responsables de leur apprentissage et le contrat facilite l'identification de leurs besoins et leurs objectifs par rapport à leur programme académique. Les étudiants affirment également avoir augmenter leurs compétences en tant qu'apprenant autonome et ils mettent en application les habiletés acquises dans leur travail actuel et dans leur vie personnelle." Le contrat d apprentissage offre certaines ressemblances avec le cours "L'infirmière en situation d'apprentissage" ils ont tous deux pour but d'aider l'apprenant à définir ses besoins, ses objectifs et les moyens qu'il entend utiliser au cours de son programme académique. Il a également pour but de l'aider dans la planification de sa formation continue.

L'autonomie d'apprentissage:

Malcolm Knowles, dans le développement de sa théorie de l'andragogie, met l'emphase sur l'image qu'a l'adulte de lui-même. Selon l'auteur, l'apprenant adulte se voit autonome et lorsque des éducateurs ignorent ou dévaluent ses expériences cela peut diminuer l'efficacité de ses comportements dans les situations d'apprentissages[8]. Decker, Redhorse, Lucas et Adams mentionnent dans un article que le principal objectif de l'enseignement devrait être d'apprendre aux étudiants comment apprendre. Ils croient que des blocages d'apprentissage peuvent résulter ou être renforcés par des méthodes inadéquates d'évaluation[9]. Tough, dans une étude, propose que des changements soient apportés dans les institutions. Selon l'auteur, les éducateurs devraient cesser de penser qu'ils connaissent tout, qu'ils doivent planifier et prendre les décisions seuls[10]. Hiemstra identifie la nécessité qu'a l'éducateur de reconnaître les besoins de ses étudiants lorsqu'ils appliquent les techniques d'autonomie d'apprentissage[11]. Smith et Haverkamp croient qu'apprendre comment apprendre devrait être partie intégrante de la planification du cours et des activités[12]. L'enseignement universitaire traditionnel met l'accent sur l'acquisition de connaissances théoriques, les auteurs ci-haut mentionnés remettent en question cette approche, démontrent l'importance du processus d'apprentissage.

Transfert des acquis théoriques dans la pratique:

Plusieurs recherches ont été réalisées dans le but d établir un lien entre l'apprentissage académique et les variables environnementales des situations d'apprentissage. Andwrson et Biddle[15] de même que Baker[16] ont trouver une relation entre l augmentation du niveau de pratique et la rétention subséquente. La Porte et Voss ont démontré qu'une rétention superieure est favorisée par l'usage des informations et par la rétroaction contingente à la performance[17]. Hursh et Berzak, mentionnent que les étudiants acquièrent progressivement au cours de leur programme la capacité de faire le lien entre le matériel académique et le travail réalisé dans leur stage[18]. Crowe et Harvey ont démontre dans une étude sur la rétention des concepts résultant de l'apprentissage par expérience que les étudiants dans un environnement d'apprentissage traditionnel augmentent leur performance académique au cours de l'année, tandis que les étudiants exposés à divers types d'environnement ont une performance académique moindre à la fin de l annee. Cependant, un mouvement inverse s'est produit pendant les mois qui ont suivi la fin du programme. Les étudiants ayant reçu un enseignement traditionnel ont montré une baisse dans leur performance académique alors que les autres étudiants ont obtenus des résultats superieurs[19]. Gagné a fait une revue de littérature détaillée sur les recherches concernant l'importance des contingences environnementales comme facteurs de l apprentissage et de la rétention des acquis[20].

Ces quelques études appuient fortement les postulats présentés dans le cadre théorique lesquels, sous-tendent les hypothèses de recherche suivantes.

HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

H1 Il n'y a pas de différence significative entre le groupe à l essai (groupe 5) et le groupe de comparaison (groupe 6) au niveau du développement de l'autonomie de l'apprenant adulte après la première session académique.

H2 Il n'y a pas de différence significative entre le groupe à l essai (groupe 7) et le groupe de comparaison (groupe 3) au niveau du développement de l'autonomie de l'apprenant adulte à la fin du programme.

H3 Il n'y a pas de différence significative entre le groupe à l essai (groupe 7) et le groupe de comparaison (groupe 3) au niveau du transfert de certains acquis théoriques dans la pratique des soins infirmiers.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

Cette section comprend: les définitions opérationnelles des termes de recherche, la liste des variables à l'étude, une description de l'élaboration et de la validation des outils de cueillette de données, une description de la population à l'étude et du milieu, le schéma opérationnel incluant le devis de recherche, les mesures éthiques, le dépouillement des données ainsi que les limites de la méthodologie.

1. DÉFINITIONS OPÉRATIONNELLES

Le modèle de formation de type expérientiel:

Le modèle de formation se base sur des principes andragogiques et sur le modèle d'apprentissage expérientiel de façon à favoriser une participation active chez l'apprenant adulte. Ce modèle comprend plus particulièrement en début de programme une activité éducative liée aux besoins personnels et professionnels de l'apprenant: "L'infirmière en situation d'apprentissage" et en fin de programme une activité éducative liée à l'intégration des acquis théoriques dans la pratique: "Intervention en soins infirmiers cliniques" (Appendice H).

L'autonomie:

L'autonomie se définit en terme de préférences et attitudes favorables à l'autonomie d'apprentissage ainsi qu'en terme de prise en charge graduelle de son projet de formation c'est à dire capacité d'identifier ses problèmes, besoins, objectifs et moyens d'apprentissage.

L'apprenant adulte:

Un(e) infirmier(ère) ayant déjà reçu une formation initiale en soins infirmiers et ayant au moins un an d'expérience professionnelle.

Les acquis théoriques:

Se rapportent à l'ensemble des normes actuelles de la pratique infirmière professionnelle autonome.

Les normes de la pratique infirmière[1*]

Modèle conceptuel, démarche scientifique des soins infirmiers, relation d'aide, responsabilités professionnelles.

La pratique:

Se rapporte aux comportements infirmiers dans la pratique quels que soient le milieu de travail et la population cible.

Le transfert:

Se définit par le processus d'intégration des acquis et s'exprime par une modification du comportement infirmier dans la pratique tel que faire appel à l'ensemble des normes de la pratique infirmière dans l'élaboration d'un plan de soins à partir d'une étude de cas. La pratique réfère également à la perception qu'a l'infirmière de l'ensemble de ses comportements infirmiers par rapport aux normes actuelles de la pratique professionnelle.

2. LISTE DES VARIABLES À L'ÉTUDE

SDLRS	"Self Directed Learning Readiness Scale".
QUEST2	L'infirmier-ère et sa pratique professionnelle.
MC2	Question 1 liée au modèle conceptuel.
DSC2	Question 2 liée à la démarche scientifique.
DSC3	Question 3 liée à la démarche scientifique.
RA2	Question 4 liée à la relation d'aide.
NP2	Question 5 liée aux normes de la pratique infirmière.
RP2	Question 6 liée aux responsabilités professionnelles.
QUEST3	L'infirmier-ère et son projet de formation continue.
PRO3	Question 1 liée aux problèmes de soins infirmiers.
BES3	Question 2 liée aux besoins de formation.
OBJ3	Question 3 liée aux objectifs de formation.
MOY3	Question 4 liée aux moyens pour atteindre les objectifs.
QUEST4	Situation de soins.
MC4	Aspect de la situation de soin lié au modèle conceptuel.
RA4	Aspect de la situation de soin lié à la relation d'aide.
RP4	Aspect de la situation de soin lié aux responsabilités professionnelles.
DSC4	Aspect de la situation de soin lié à la démarche scientifique.
GRILLE D4	Grille qualitative du plan de soins.
PA	Présence/absence des éléments de la démarche scientifique.
IA	Identification adéquate des éléments de la démarche scientifique.
AL	Articulation logique entre les éléments de la démarche scientifique.
RA	Eléments de la grille liés à la relation d'aide.
RP	Eléments de la grille liés aux responsabilités professionnelles.
MC	Eléments de la grille liés au modèle conceptuel.
QUEST5	Grille d'identification de comportements infirmiers partie 1.
MC5	Questions liées au modèle conceptuel.
QUEST6	Grille d'identification de comportements infirmiers partie 2.
DSC6	Questions liées à la démarche scientifique.
RA6	Questions liées à la relation d'aide.
RP6	Questions liées aux responsabilités professionnelles.
QUEST7	Questionnaire socio-démographique.

3. OUTILS DE CUEILLETTE DE DONNÉES.

Une revue de littérature fut effectuée sur les instruments de mesure liés aux concepts d'autonomie et d'intégration de la théorie dans la pratique des soins infirmiers. Les réalisations dans ce domaine sont très peu nombreuses cependant certains documents ont servi de base à l'élaboration d'instruments de mesure, entre autres, le questionnaire SDLRS version anglaise, le document de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) sur la définition et les normes de la pratique infirmière et quelques modèles d'étude de cas en soins infirmiers. L'ensemble des instruments de mesure ont été élaborés par les chercheurs avec l'aide de personnes ressources à l'U.Q.A.H. (Appendice A1 à A7).

Les outils de cueillette de données sont présentés dans le tableau 1 qui comprend le type d'instrument, l'objet, le temps requis pour l'administration et le moment de l'expérimentation. De plus, des procédures de déroulement de la cueillette de données ont été mises au point et testées lors de l'étude préliminaire (Appendice A8 à A10).

ÉLABORATION DES INSTRUMENTS DE MESURE.

L'élaboration des instruments de mesure comprend le titre, le but, la description et le processus de validation pour chacun des questionnaires.

Questionnaire 1: "Self Directed Learning Readiness Scale" SDLRS (Appendice A1).

TABLEAU I

SYNTHÈSE DES OUTILS DE CUEILLETTE DES DONNÉES

TYPE	OBJET (HYPOTHÈSES)	OBJECTIFS	TEMPS REQUIS	MOMENT D'EXPÉRIMENTATION				
				GROUPE 3	GROUPE 4	GROUPE 5	GROUPE 6	GROUPE 7
1) SDLRS (Self Directed Learning Readiness Scale)	Evaluer le niveau d'autonomie d'apprentissage (H1,H2)	Evaluer les préférences et les attitudes d'autonomie d'apprentissage.	20-30 minutes	Sept. 83	Sept. 83	Jan. 84	Jan. 84	Juin 84
2) Questionnaire à questions ouvertes sur sa pratique professionnelle.	Vérifier le niveau de certains acquis théoriques et établir un coefficient de consistance avec les résultats obtenus sur la grille d'identification et sur la situation de soins infirmiers. (H3).	Evaluer le niveau d'acquis théoriques par rapport à l'ensemble des normes de la pratique infirmière.	25 minutes	Sept. 83				Juin 84
3) Questionnaire à questions ouvertes sur son projet de formation continue	Evaluer le niveau de prise en charge de son projet de formation continue. (H1, H2)	Evaluer la capacité d'identifier ses problèmes, besoins, objectifs et moyens d'apprentissage.	15 minutes	Sept. 83	Sept. 83	Jan. 84	Jan. 84	Juin 84
4) Situation de soins infirmiers.	Evaluer le niveau de transfert de certains acquis théoriques dans la pratique. (H3).	Evaluer la capacité qu'a l'infirmière de faire appel à l'ensemble des normes de la pratique infirmière dans l'élaboration d'un plan de soins à partir d'une étude de cas.	60 minutes	Sept. 83				Juin 84
5-6) Grille d'identification de comportements infirmiers.	Evaluer le niveau de transfert de certains acquis théoriques dans la pratique (H3)	Vérifier la perception qu'a l'infirmière de l'ensemble de ses comportements infirmiers par rapport aux normes actuelles de la pratique professionnelle.	30 minutes	Sept. 83				Juin 84
7) Questionnaire socio-démographique.	Vérifier la similarité des groupes à l'étude.	Identifier certaines caractéristiques des populations à l'étude.	15 minutes	Sept. 83	Sept. 83			Juin 84

But: Recueillir des données sur les préférences et les attitudes liées à l'autonomie d'apprentissage chez les sujets à l'étude.

Description: Ce questionnaire a été élaboré dans une version anglaise par Lucy Guglielaino, dans le cadre d'une recherche doctorale en éducation. Depuis 1977 ce questionnaire a été largement utilisé auprès de différentes populations. Le questionnaire comprend 58 énoncés avec un choix de cinq réponses possibles. Le répondant doit lire chaque énoncé et indiquer dans quelle mesure il croit que l'énoncé s'applique à lui en encerclant la réponse correspondante. Aucune limite de temps n'est fixée pour répondre au questionnaire.

Processus de validation: La validation de la version anglaise a été faite par Lucy Guglielaino. Dans une première étape des services professionnels ont été retenus pour la traduction française. Dans une deuxième étape cinq juges ont participé à la validation de la traduction par la méthode de consensus. Chacun des 58 énoncés a fait l'objet d'un accord entre les juges. Le langage a été également validé lors de l'étude préliminaire afin de s'assurer de sa compréhension par la population à l'étude.

Questionnaire 2: "L'infirmière et sa pratique professionnelle" (Appendice A2).

But: Vérifier le niveau d'acquis théoriques par rapport à l'ensemble des normes de la pratique infirmière.

Description: Ce questionnaire a été élaboré par des experts en soins infirmiers à l'UQAH pour la recherche en cours. Il comprend six questions ouvertes élaborées à partir des normes de la pratique professionnelle en soins infirmiers. Le répondant dispose de 25 minutes pour répondre aux questions.

Schéma de correspondance entre les questions du questionnaire 2 et les normes de la pratique professionnelle en soins infirmiers.

QUESTIONS	NORMES
1	Modèle conceptuel
2	Démarche scientifique
3	Démarche scientifique
4	Relation d'aide
5	Ensemble des normes
6	Responsabilités professionnelles.

Processus de validation: Validité du contenu: le questionnaire a été soumis aux critiques de 5 juges qui, par consensus, se sont mis d'accord sur le contenu.

Validité discriminate: celle-ci a été faite lors de l'étude préliminaire. Les résultats obtenus sont significatifs à .05 pour le score global entre les deux groupes (voir tableau 2).

Questionnaire 3: "L'infirmière et son projet de formation continue"
(Appendice A3).

But: Evaluer la capacité d'identifier ses problèmes, besoins, objectifs et moyens d'apprentissage.

Description: Ce questionnaire a été élaboré à partir de recherches et documents théoriques sur l'autonomie d'apprentissage par l'équipe de recherche dans le cadre de cette étude. Il comprend quatre questions ouvertes sur la démarche de prise en charge de son projet de formation continue. Le répondant doit répondre dans l'espace réservée à cette fin, de la façon la plus spécifique possible et il dispose de 15 minutes pour compléter le questionnaire.

Schéma de correspondance entre les questions et certains aspects de la démarche de prise en charge de son projet de formation continue.

QUESTIONS	DÉMARCHE DE PRISE EN CHARGE
1	Identification de problèmes de soins infirmiers.
2	Identification de besoins prioritaires de formation.
3	Identification des principaux objectifs de formation.
4	Identification de moyens d'apprentissage.

Protocole de validation **Validité de l'adresse** La procédure a été conçue à la différence de ligne louée, qui est la méthode du consensus, on doit mis en évidence le problème du "client silencieux".

Validation électronique celle-ci a été mise fore de l'étude préliminaire. des répondeurs répondre avec significativité à 10, pour le seuil global entre les deux étapes. (voir tableau IX).

Conséquemment il "**Signature de notre machine**" (Annexe A4).

Test Envoyer la cadence d'un à l'imprimante de mise appel à l'ensemble des numéros de la première imprimante dans l'ordre d'un bip de notre à partir d'un numéro de cas.

Perturbation La disparition de notre imprimante a été dispersé par les constatent. Elle a été conçue le plus brut possible d'une disjonction rapide de ce qui à répondre les étapes de la deuxième opérationnelle ainsi que celle-ci de chacune des autres normes de la première proportionnelle ou notre imprimante.

La disparition de notre imprimante consiste à donner certaines informations pertinentes, associées de modifiées sur nos personne qui nécessite des notre initialement. L'abonnement doit aussi avoir ces informations de façon à pouvoir distinguer au plus notre imprimante pour les fiche principale manuel.

TABLEAU I

RÉGULATEUR ÉTUDE PRÉLIMINAIRE (GROUPES 1-5)

TEST "MAIN KNITTER" N°

VARIABLES	DEGRÉ DE SIGNIFICATION	SIGNIFICATIF*
ERREUR	1981 .p'	
GROUPE 5 TESTS (SCORE TOTAL)	0244 .p'	*(GROUPE 1)
MC 5	7767 .p'	*(GROUPE 1)
DEC5	1100 .p'	*(GROUPE 1)
DEC2	1808 .p'	
AA3	4178 .p'	
MA3	4008 .p'	
MC3	0844 .p'	
GROUPE 2 TESTS (SCORE TOTAL)	0132 .p'	*(GROUPE 1)
PAR2	0134 .p'	*(GROUPE 1)
DEE2	1881 .p'	
DEC2	0900 .p'	*(GROUPE 1)
MOA2	0381 .p'	*(GROUPE 1)
GROUPE 4 TESTS (SCORE TOTAL)	4218 .p'	
MC4	1- .p'	
DEC4	8251 .p'	
MA4	2161 .p'	
AA4	8342 .p'	
GROUPE 2 TESTS (SCORE TOTAL)	1209 .p'	
MC2	4222 .p'	
AA4	8204 .p'	
MA4	2928 .p'	
DEC4	5338 .p'	

TEST "CHI CARRE" ORIGINE QUALITATIVE D'AVARIE DU GROUPE 4

VARIABLES	DEGRÉ DE SIGNIFICATION	
AA DEC	8148 .p'	
MA DEC	2218 .p'	
AL DEC	6280 .p'	
AA	2080 .p'	
MA	9169 .p'	
MC		
ORIGINE 5 à (SCORE TOTAL)	2581 .p'	

Le répondeur diffère d'une ligne ordinaire en ce qu'il peut se saisir lui-même de
l'appel et y répondre à une voix préenregistrée. Il peut alors enregistrer un
message d'un correspondant qui peut le écouter à son gré à partir d'un poste
téléphonique quelconque.

Le répondeur est relié à la centrale automatique de l'abonné par une ligne
d'arrivée et une ligne de départ. Il est commandé par des signaux
électriques envoyés par le poste téléphonique de l'abonné.

Le répondeur comporte un certain nombre de dispositifs électromécaniques
et électroniques qui sont décrits dans des articles précédents. La
description qui suit est donnée à titre indicatif.

Fonctionnement Chaque appel à cet abonné est enregistré d'abord sur un
support magnétique (bande ou tambour) qui est ensuite écouté par l'abonné
lui-même ou par un correspondant autorisé.

Le répondeur est relié à la centrale automatique de l'abonné par une ligne
d'arrivée et une ligne de départ. Le répondeur reçoit les appels et
commande l'enregistrement des messages. Il

Gaussian à corriger à transformer ces grandeurs d'Euler-Gaussien. Dans nos
deux cas, les caractères qui définissent la matrice de grandeur représen-
tative de chacune des cartes sont au total au plus égale à cent-
vingt. La ligne est composée de deux parties. La première partie contient
cent grandeur relative au modèle conceptuel. L'abonnement doit cocher parmi toutes
les cinq capitaux possibles de réponse celui qui correspond le mieux à sa capacité d'explo-
sion. La seconde partie comporte 12 grandeur concernant respectivement la
capacité scientifique des soins intérieurs, la relation d'Euler et les réponses-
pilote réponse celui qui qualifie le mieux la tendance de son comportement
intérieur. La troisième ligne de fiche minuse pour compléter la ligne.

Traitement de validation: Validation du contenu les comportements intérieurs
relatifs aux normes et qualités dans la ligne ont été validés par nos équipes
d'experts en soins intérieurs en niveau national.

Validation directe/indirecte: Les techniques opérante lors de l'étude préliminaire ne
nous ont pas permis de discriminer entre les deux groupes. Les instruments
d'Euler-Gaussien concernent nos besoins empiriques et proposent donnant des
résultats différents pour la recherche. Toutefois cette étude donne des
informations sur la perception de soi.

ÉLABORATION DES CRITÈRES DE CONNEXITÉ

Les critères de connexité pour les droites Δ et Δ' de $E-A$ ont été élaborés par les chercheurs pour la connexité de l'arête principale. Cette procédure d'élaboration de critères identifiait les éléments de chaque ré-gion de la représentation des bords. Cette approche a entraîné des difficultés dans la connexité de l'interprétation des segments. Les critères ont fait l'objet d'une révision systématique et ont été soumis au processus de validation par cinq experts externes dans le domaine de l'élaboration des normes et des critères de compétences professionnelles au point informatisé. Cette opération a donné certaines modifications aux critères et a conduit à la connexité d'une grille analytique pour l'analyse de la situation de point informatisé.

Droite Δ' : Droite-Arête (Approche A).

Droite Δ : Identifier certaines caractéristiques des personnes à l'écran.

Connexité : La droite a été élaborée par l'équipe de recherche. Il connaît toutes droites à choix multiples d'arête descriptive, accompagné de rétroaction].

4. PROCEDURE DE VALIDATION : ETUDE PRELIMINAIRE

4.1 VALIDATION DES INSTRUMENTS DE MESURE

Une étude préliminaire a été réalisée auprès de deux groupes d'infir-
mières de formation académique différente, (Annexe C) dont un groupe de pos-
tes infirmières de formation universitaire et un groupe de huit infirmières de for-
mation collégiale. Cette étude avait pour but de vérifier la compréhension du
langage des échelles de caractéristiques des données, de cerner les principes
d'administration pour l'expérimentation et de procéder à la validation des ins-
truments de mesure à l'exclusion du questionnaire "SDRA," qui avait déjà subi
les procédures de validation (Langlois, 1991). Après avoir administré le
petit questionnaire aux deux groupes d'infirmières, nous avons constaté toute
l'ambiguïté reliée aux échelles de mesure afin d'évaluer leur
validité. L'analyse des données a permis d'éliminer des échelles non pertinentes à
l'étude des caractéristiques pour les professionnelles qui ne pratiquent pas
systématiquement (SNESI 5) de la rotation continue (SNESI 2) et des caractéris-
tiques significatives pour la mesure de notre (SNESI 4) de la utilité de comporte-
ments (SNESI 2-4). Au niveau opérationnel de la compétence de validi-
fion nous a permis de constater certaines lacunes au niveau des critères de
collection. La difficulté d'interpréter plusieurs des critères de collection
significativement portants des différences majeures dans les caractéristiques. Une révision
des critères de collection a été effectuée afin d'uniformiser collection des
questionnaires de l'étude préliminaire afin de retrouver la validité des instru-
ments de mesure (Annexes I1 à I2). Des changements significatifs ont été

opérant sur les ensembles E et F mais les résultats sont différents.

Notons ϕ, D-A sont associés non significatifs. La fonction Ψ présente les résultats de l'analyse statistique de l'étude principale. (Appendice B4).

L'interprétation des résultats non significatifs est complexe, principalement lorsque plusieurs hypothèses sont testées. En ce qui concerne la fonction discriminante Ψ il est possible d'obtenir les coefficients de pondération du vecteur Ψ ou encore d'obtenir un ordre d'importance des variables. Ces informations sont-elles valables lorsque l'hypothèse nulle est acceptée? Il est généralement possible que ces résultats soient artificiels. Il est également possible que la fonction discriminante soit significative sans que l'hypothèse nulle soit rejetée. Il est également possible que les variables présentent des différences marginales avec μ mais pas avec Ψ. Il est également possible que la fonction discriminante soit significative sans que l'hypothèse nulle soit rejetée. Il est également possible que les variables présentent des différences marginales avec μ mais pas avec Ψ.

Par ailleurs, considérant la discriminante D-A adaptée à la fin de l'expérimentation, il est possible que la nature de ce test ait provoqué cette certaine particularité au point de vue interprétation selon des différences marginales avec μ mais pas avec Ψ. La discrimination des différences principales entre les variables d'information collectées ou des scores Ψ.

Pour ce qui est de l'hypothèse D-A relative à la fin de l'expérimentation, il est possible que la nature de ce test ait provoqué cette certaine particularité au point de vue interprétation selon des différences marginales avec μ mais pas avec Ψ. La discrimination des différences principales entre les variables d'information collectées ou des scores Ψ.

Par ailleurs, considérant la discriminante D-A adaptée à la fin de l'expérimentation, il est possible que la nature de ce test ait provoqué cette certaine particularité au point de vue interprétation selon des différences marginales avec μ mais pas avec Ψ. La discrimination des différences principales entre les variables d'information collectées ou des scores Ψ.

Les critères de correction des dissymétriques sur le premier intégrateur sont, la formation constante de la sinusoïde de sortie intégrée, ont été vérifiés expérimentalement de façon à mettre en évidence clairement pour chaque fréquence la tension de sortie à vide, les éléments de cette tension et la température du point de la dissymétrie. Une utilité de validation des points de jonction avec le pas de la dissymétrie. Les critères de correction à être étudiés et sondés à fixer jusqu'à présent un point expérimental ou on recherche tâte un, il est envisagé le niveau de représentativité pour chacun critère de correction. Une difficulté apparue en niveau de la fonction dissymétrique, les juges ont enregistré une tâche à la nouvauté d'une évaluation dissymétrique, les juges ont enregistré une tâche dissymétrique ou combinaison. Après avoir calculer la moyenne des coins des fonctions pour déterminer le niveau de validité de chaque critère, nous avons trouvé les critères ayant une moyenne inférieure à fixée sur cinq ou prenant en considération les différentes à fixée sur cinq ou prenant en compte les différences.

4.3 VALIDATION DES CRITÈRES DE CORRECTION

Les critères de correction des dissymétriques sur le premier intégrateur, ont été vérifiés, la formation constante de la sinusoïde de sortie intégrée, ont été vérifiés expérimentalement de façon à mettre en évidence clairement pour chaque fréquence différente la tension de sortie à vide, les éléments de cette tension et la température du point de la dissymétrie. Une utilité de validation des points de jonction avec le pas de la dissymétrie. Les critères de correction à être étudiés et sondés à fixer jusqu'à présent un point expérimental ou on recherche tâte un, il est envisagé le niveau de représentativité pour chacun critère de correction. Une difficulté apparue en niveau de la fonction dissymétrique, les juges ont enregistré une tâche à la nouvauté d'une évaluation dissymétrique, les juges ont enregistré une tâche dissymétrique ou combinaison. Après avoir calculer la moyenne des coins des fonctions pour déterminer le niveau de validité de chaque critère, nous avons trouvé les critères ayant une moyenne inférieure à fixée sur cinq ou prenant en considération les différentes à fixée sur cinq ou prenant en compte les différences.

Ces considérations à propos des dissymétriques 4, 2-4 ont mené les chercheurs à considérer ces informations dans l'étude principale. Bien que ces critères soient de bonne qualité (taux l'objet de validation minimale), ils demeurent insuffisants pour la discrimination de moins informatifs à fixée sont cinq ou prenant en considération de moins informatifs à fixée sont cinq ou prenant en compte les différences.

2. MILIEU ET ECHANTILLON

L'étude se déroule à l'U.E.R.A.M. de Caen sur petit micro-ordinateur développé par différents élèves ayant déjà reçu une formation initiale. Les programmes sont disponibles sur cassettes, les modèles utilisés pour déterminer les objectifs de programmation de ce chapitre sont rappelés brièvement.

Les calculs à l'écran sont des vérifications de connaissances faites également sur papier. Quelques indications sont données pour chaque programme de Certificat au sujet des calculs à l'écran sont des vérifications de connaissances faites également sur papier. Quelques indications sont données pour chaque programme de Certificat au sujet

2.1 AMELIORATION DES CONNECTEURS

Afin de procéder à la validation des connecteurs, nous avons choisi

deux questions/réponses sélectionnées au hasard, pour chacun des instruments de mesure, tout d'abord pour connecteur. Les réponses apparues sont ensuite codées à l'aide d'un tableau préalablement établi par les chercheurs en moyen d'un code numérique. Nous avons ensuite fait les dessins pour les représentations plan des critères de connexion.

2. MILIEU ET ECHANTILLON

L'étude se déroule à l'U.E.R.A.M. de Caen sur petit micro-ordinateur développé par différents élèves ayant déjà reçu une formation initiale. Les programmes sont disponibles sur cassettes, les modèles utilisés pour déterminer les objectifs de programmation de ce chapitre sont rappelés brièvement.

Les calculs à l'écran sont des vérifications de connaissances faites également sur papier. Quelques indications sont données pour chaque programme de Certificat au sujet

2.1 AMELIORATION DES CONNECTEURS

Afin de procéder à la validation des connecteurs, nous avons choisi

deux questions/réponses sélectionnées au hasard, pour chacun des instruments de mesure, tout d'abord pour connecteur. Les réponses apparues sont ensuite codées à l'aide d'un tableau préalablement établi par les chercheurs en moyen d'un code numérique. Nous avons ensuite fait les dessins pour les représentations plan des critères de connexion.

Le groupe 2-2 est composé de cinq observateurs scientifiques invités en certi-

tions au sommet de l'inscription navigue déjà vers une formation initiale au sein

du groupe 2-1 pour compléter un module ou en d'autres termes bientôt familiarisé

avec le fonctionnement d'un module, le module de formation continue est de type entre-

prise du groupe 1-1 pour compléter un module ou en d'autres termes bientôt familiarisé

avec le fonctionnement d'un module, le module de formation continue est de type entre-

C) GROUPE DE CONTAMINATION

E) GROUPE A L'ESSAI

GROUPE	MILIEU	NOMBRE	MOMENT D'EXPERIMENTATION
GROUPE 1 (E) GROUPE 2 (E)	NASA CONTAMINATION 82-83	12	SEPT 82 JAN. 84
GROUPE 3 (C) GROUPE 4 (C)	AUTRE UNIVERSITE	11	SEPT 82 JAN. 84
GROUPE 5 (E)	NASA CONTAMINATION 83-84	12	JUIN 84

TABLEAU 2

GROUPE A L'ETUDE

Groupe 4-1 provenant de l'autre université. Le tableau 2 décrit les groupes à

l'étude.

Les groupes 2-2 et 3 sont inscrits à l'U.S.A.M. et le

expérimental". Les apprentis ont depuis leur chantier accès au "C.F.I. Interim de Bizanos" dans le cadre de ce cours. Les apprentis ont été invités à reconstituer leurs passeports professionnels et profession-(Appendice H).

La phase 4-b est composée de cinq apprentis maçons inscrits au Certificat de Fin d'Apprentissage Professionnelle qui le marche du travail". Ces apprentis ont fait leur dernière année au Centre Interim Régional de Bizanos et poursuivent un cours du 4 Janvier 1982 au 15 Juillet 1982 et ont commencé leur stage en usine le 1 MARS au septembre 1981 et ont complété leur programme au Juin 1982. Ces apprentis avaient aux murs leur photographie professionnelle qui le marche du travail". Ces apprentis ont fait leur

La phase 5 est composée de sept apprentis maçons inscrits au Certi-

ficat de Fin d'Apprentissage Professionnel (C.F.A.P.) qui complète leur programme de certificat de fin d'apprentissage. Ils ont alors deux choix possibles:

1) Ils peuvent rester à l'école pour un autre cours de perfectionnement, ou

2) Ils peuvent se chercher un emploi [ils ont leur choix de compagnons].

La phase 6 est composée de huit apprentis maçons inscrits au Certificat de Fin d'Apprentissage Professionnelle qui le marche du travail". Les apprentis ont fait leur dernière année au Centre Interim Régional de Bizanos et poursuivent un cours du 4 Janvier 1982 au 15 Juillet 1982 et ont commencé leur stage en usine le 1 MARS au septembre 1981 et ont complété leur programme au Juin 1982. Ces apprentis avaient aux murs leur photographie professionnelle qui le marche du travail". Ces apprentis ont fait leur

La phase 7 est composée de sept apprentis maçons inscrits au Certi-

ficat de Fin d'Apprentissage Professionnel (C.F.A.P.) qui complète leur programme de certificat de fin d'apprentissage. Ils ont alors deux choix possibles:

1) Ils peuvent rester à l'école pour un autre cours de perfectionnement, ou

2) Ils peuvent se chercher un emploi [ils ont leur choix de compagnons].

Les apprentis ont été invités à reconstituer leurs passeports professionnels et profession-

expérimental". Les apprentis ont depuis leur chantier accès au "C.F.I. Interim de Bizanos" dans le cadre de ce cours. Les apprentis ont été invités à reconstituer leurs passeports professionnels et profession-(Appendice H).

La phase 4-b est composée de cinq apprentis maçons inscrits au Certi-

ficat de Fin d'Apprentissage Professionnelle qui le marche du travail". Ces apprentis ont fait leur dernière année au Centre Interim Régional de Bizanos et poursuivent un cours du 4 Janvier 1982 au 15 Juillet 1982 et ont commencé leur stage en usine le 1 MARS au septembre 1981 et ont complété leur programme au Juin 1982. Ces apprentis avaient aux murs leur photographie professionnelle qui le marche du travail". Ces apprentis ont fait leur

La phase 5 est composée de sept apprentis maçons inscrits au Certi-

ficat de Fin d'Apprentissage Professionnel (C.F.A.P.) qui complète leur programme de certificat de fin d'apprentissage. Ils ont alors deux choix possibles:

1) Ils peuvent rester à l'école pour un autre cours de perfectionnement, ou

2) Ils peuvent se chercher un emploi [ils ont leur choix de compagnons].

La phase 6 est composée de huit apprentis maçons inscrits au Certificat de Fin d'Apprentissage Professionnelle qui le marche du travail". Les apprentis ont fait leur dernière année au Centre Interim Régional de Bizanos et poursuivent un cours du 4 Janvier 1982 au 15 Juillet 1982 et ont commencé leur stage en usine le 1 MARS au septembre 1981 et ont complété leur programme au Juin 1982. Ces apprentis avaient aux murs leur photographie professionnelle qui le marche du travail". Ces apprentis ont fait leur

La phase 7 est composée de sept apprentis maçons inscrits au Certi-

ficat de Fin d'Apprentissage Professionnel (C.F.A.P.) qui complète leur programme de certificat de fin d'apprentissage. Ils ont alors deux choix possibles:

1) Ils peuvent rester à l'école pour un autre cours de perfectionnement, ou

2) Ils peuvent se chercher un emploi [ils ont leur choix de compagnons].

4. SCHÈME OPÉRATIONNEL

Il n'y a pas de deux écoles comportant rigoureusement exactement de strict même nombre d'enseignants titulaires dans des programmes de certificat ou encore d'apprentissage semblable fonctionne dans une première école primaire-secondaire de cycle primaire. Une première école double-secondaire de cycle primaire pourra avoir besoin d'un nombre de professeurs différent de celui d'une autre école primaire-secondaire de cycle primaire, mais ayant le même nombre d'élèves inscrits. Les écoles primaires-secondaires de cycle primaire, ayant le même nombre d'élèves inscrits, peuvent avoir besoin d'un nombre différent de professeurs d'anglais, de mathématiques, de sciences, de français, de cycle primaire, de cycle primaire-secondaire, de cycle primaire-secondaire, d'apprentissage de certains programmes d'enseignement d'apprentissage de certains programmes d'enseignement d'apprentissage de certains programmes d'enseignement

TABLEAU 4

DEVIS DE RECHERCHE: ÉTUDE QUASI EXPÉRIMENTALE
TYPE PRETEST-POSTTEST

GROUPE	AVANT TRAITEMENT	ÉVALUATION 1	TRAITEMENT	ÉVALUATION 2	RÉSULTAT
EXPÉRIENCE 3-8	Apprenants adultes inscrits au certificat en soins infirmiers cliniques à l'UQAM à l'automne 83	Evaluation de certains comportements d'autonomie d'apprentissage. Qt: 1, 3, 7. Tt: Sept. 83	1er cours: Infirmière en situation d'apprentissage (modèle de formation de type expérientiel).	Evaluation de certains comportements d'autonomie d'apprentissage. Qt: 1, 3. Tt: Jan. 84	Effet du modèle de formation de type expérientiel sur le niveau d'autonomie (Ea)
CONTRÔLE 4-6	Apprenants adultes inscrits au certificat en soins infirmiers cliniques dans une autre université québécoise à l'automne 83 ou en janvier 84.		1er cours: Cours régulier (modèle de formation traditionnel)		

Qt: no. du questionnaire
Tt: temps

TABLEAU 5

DEVIS DE RECHERCHE: ÉTUDE CROISÉE

	AVANT TRAITEMENT	ÉVALUATION 1	TRAITEMENT	ÉVALUATION 2	RÉSULTAT
G R O U P E 1	Apprenants adultes inscrits au certificat en soins infirmiers cliniques à l'UQAR à l'automne 83	Evaluation de certains comportements d'autonomie d'apprentissage et du transfert de certains acquis théoriques dans la pratique Q: 1, 2, 3, 4, 5, 6. T: Sept. 83			Effets du modèle de formation de type expérientiel sur le niveau d'autonomie et le transfert des acquis théoriques dans la pratique. (H2 et H3).
G R O U P E 2	Apprenants adultes inscrits au certificat en soins infirmiers cliniques à l'UQAR à l'automne 82 et qui termineront leur programme en Juin 84.		L'ensemble des activités d'enseignement (modèle de formation de type expérientiel)	Evaluation de certains comportements d'autonomie d'apprentissage et du transfert de certains acquis théoriques dans la pratique. Q: 1, 2, 3, 4, 5, 6 T: Juin 84	

Q: no. du questionnaire
T: temps

été préservés au cours de l'expérimentation et de la publication des résultats (Appendice A9).

B. MÉTHODES D'ANALYSE

La grandeur des échantillons nous a amené à utiliser les statistiques non paramétriques. Le tableau 6 présente une description des variables à l'étude et des tests statistiques utilisés.

1- L'analyse statistique pour l'étude quasi-expérimentale est faite à partir des éléments suivants:

1.1 Comparaison du groupe à l'essai et du groupe de comparaison sur les questionnaires SDLRS et L'infirmière et son projet continue, au moment de l'entrée au programme de Certificat, au moyen du test "THE MANN WHITNEY U" (deux groupes indépendants, gr. 3 et gr. 4).

1.2 Comparaison du groupe à l'essai et du groupe de comparaison sur les questionnaires SDLRS et L'infirmière et son projet de formation continue, après la première session académique dans le programme, au moyen du test "THE WILCOXON MATCHED PAIRS SIGNED-RANKS" (deux groupes dépendants prétest et post-test, gr. 3-5, 4-6).

1.3 Comparaison du groupe à l'essai et du groupe de comparaison sur les questionnaires SDLRS et L'infirmière et son projet de formation continue après

TABLEAU 6

DESCRIPTION DES VARIABLES ET DES TESTS STATISTIQUES

VARIABLES	TEST STATISTIQUE	ÉTUDE QUASI EXPÉRIMENTALE	ÉTUDE CROISÉE
SDLRS	- MANN WHITNEY U	- GROUPES 3-4 (PRETEST) - GROUPES 5-6 (POSTTEST)	GROUPES 3-7
QUEST 3 PRO3 RES3 OBJ3 MOY3	- MANN WHITNEY U - WILCOXON MATCHED PAIRS SIGNED RANKS	- GROUPES 3-4 (PRETEST) - GROUPES 5-6 (POSTTEST) - GROUPES 3-5 - GROUPES 4-6	GROUPES 3-7
QUEST 2 MC2 DSC2 DSC3 RA2 RP2 MP2	- MANN WHITNEY U		GROUPES 3-7
QUEST 4 MC4 RA4 RP4 DSC4	- MANN WHITNEY U		GROUPES 3-7
QUEST 5 MC5 RA5 RP5 DSC5	- MANN WHITNEY U		GROUPES 3-7
GRILLE 04 P4 DSC I4 DSC AL DSC RA RP MC	- CHI CARRE		GROUPES 3-7

la première session académique au moyen du test "MANN WHITNEY U" (deux groupes indépendants, gr. 5 et gr. 6).

2- L'analyse statistique pour l'étude croisée est faite à partir des éléments suivants:

2.1 Comparaison du groupe à l'essai (évalué à la fin du programme) et du groupe de comparaison (évalué au début du programme) sur tous les questionnaires au moyen du test "THE MANN WHITNEY U" (deux groupes indépendants gr. 7 et gr. 3).

2.2 Comparaison du groupe à l'essai et du groupe de comparaison sur la grille qualitative du questionnaire 4 au moyen du test: chi carré (deux groupes indépendants, gr. 7 et gr. 3).

9. LIMITES DE LA MÉTHODOLOGIE

La méthodologie utilisée dans cette étude présente des limites qui ont pu occasionner certains biais. Les groupes à l'essai de même que les groupes de comparaison ont été déterminés au préalable par le chercheur. La distribution des sujets dans chacun des groupes a été faite sur une base de participation volontaire. Ceci entraîne une difficulté au niveau de la représentativité des échantillons surtout pour le groupe 4-6 chez lequel le niveau de participation atteint à peine 10% des apprenants tandis que chez les autres groupes les taux de participation volontaire s'élève en moyenne à 86% des apprenants.

Bien que les instruments de mesure aient subi une certaine validation, les questionnaires 4 et 5 en particulier présentent des difficultés d'interprétation et bénéficieraient de validation ultérieure.

CHAPITRE IV

ANALYSE DES DONNÉES ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Le but de cette étude est d'évaluer l'impact du modèle de formation de type expérientiel sur le développement de comportements autonomes et le transfert de certains acquis théoriques dans la pratique des soins infirmiers cliniques chez l'apprenant adulte. Le chercheur vérifie les hypothèses énoncées au moyen des statistiques non paramétriques. Les deux devis de recherche utilisés, l'étude quasi-expérimentale et l'étude croisée, sont traités séparément dans une première étape et seront traités globalement dans la discussion. Ce chapitre comprend les caractéristiques des échantillons, les résultats des variables mesurées et la vérification des hypothèses pour chacun des devis.

1. ÉTUDE QUASI-EXPÉRIMENTALE

1.1 CARACTÉRISTIQUES DES ÉCHANTILLONS (GROUPES 3-5 ET GROUPES 4-6).

L'analyse du questionnaire socio-démographique (Appendice C) a permis d'établir la similarité entre les deux groupes. Cependant, l'analyse révèle que les infirmières du groupe à l'essai sont légèrement plus âgées en moyenne que celles du groupe de comparaison, un nombre un peu plus élevé proviennent des écoles d'infirmières et deux des sujets sont des infirmières auxiliaires recyclées. De plus, elles occupent moins de postes de direction mais elles ont en moyenne un peu plus d'expérience professionnelle que les infirmières du grou-

pe de comparaison (groupe 4-6). Le pourcentage de participation chez le groupe à l'essai atteint un niveau de 86% tandis que chez le groupe de comparaison il représente au plus 10% des apprenants admissibles à l'étude. Il est possible que ces différences aient légèrement favorisé le groupe de comparaison sur certaines variables liées aux comportements d'autonomie.

Les résultats obtenus au prétest indiquent une différence statistiquement significative en faveur du groupe de comparaison sur le SDLRS. Par contre il n'y a pas de différence significative sur le Questionnaire 3. Le post-test démontre une différence significative en faveur du groupe de comparaison sur le SDLRS. On observe cependant une différence significative en faveur du groupe à l'essai sur les variables Quest 3 (score total) et Obj .

Pour le groupe à l'essai l'analyse des résultats obtenus au prétest/post-test démontrent une différence significative en faveur du groupe 5 (post-test) sur les variables Quest 3 (score total) et Obj 3. Pour le groupe de comparaison, les résultats indiquent une différence significative en faveur du groupe 6 (post-test) pour le SDLRS et une différence significative en faveur du groupe 4 (prétest) sur la variable BES 3.

1.2 RÉSULTATS DES VARIABLES MESURÉES

L'étude quasi-expérimentale vérifie l'effet du traitement par un devis prétest/post-test qui compare le groupe à l'essai et le groupe de comparaison sur leurs préférences et leurs attitudes d'autonomie d'apprentissage à l'aide du

questionnaire SDLRS et leur capacité d'identifier leurs problèmes, besoins, objectifs et moyens d'apprentissage au moyen du questionnaire "L'infirmière et son projet de formation continue" (Guest 3).

Le tableau 7 qui suit présente les résultats des tests "Mann Whitney U" et "Wilcoxon matched pairs signed-ranks" pour les variables SDLRS et Guest 3.

1.3 VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES

Cette partie de l'étude effectue la vérification statistique de la première hypothèse Hi:

Hi: Il n'y a pas de différence significative entre le groupe à l'essai et le groupe de comparaison au niveau du développement de l'autonomie de l'apprenant adulte après la première session académique.

H_o: Gr 3 = Gr 4

H_1: Gr 3 ≠ Gr 4

Les résultats sur le SDLRS nous permettent de rejeter l'hypothèse nulle (H_o) en faveur du groupe de comparaison pour tous les moments de l'expérimentation. Certaines caractéristiques des sujets du groupe de comparaison suggèrent que ce groupe était avantagé au départ en ce qui concerne ses préférences et attitudes d'autonomie d'apprentissage. Cet avantage a pu provoquer un développement plus rapide sur l'échelle SDLRS durant la première session acadé-

TABLEAU 7

RÉSULTATS: ÉTUDE QUASI EXPÉRIMENTALE

	TEST "MANN WHITNEY U" (NON DIRECTIONNEL)		TEST "WILCOXON MATCHED PAIRS SIGNED RANKS" (NON DIRECTIONNEL)	
	GROUPES 3-4 (N: 13+11=24)	GROUPES 5-6 (N: 13+11=24)	GROUPES 3-5 (N:13+13=26)	GROUPES 4-6 (N:11+11=22)
VARIABLES		DEGRÉ DE SIGNIFICATION		
SDLAS	p=.0255* (Groupe 4)	p=.003* (Groupe 6)	T=32 (N=13)	T=[illegible] (n=9)+80.1 (Groupe 6).
QUEST 3. (score total)	p=6018	p=.0296	T=15.5 (N=13)+4.05 (Groupe 5)	T=9 (N=8)
PRO3	p=.7197	p=.1353	T=29.5 (N=11)	T=4 (N=6)
RCS3	p=.4614	p=.2216	T=11 (N=9)	T=15 (N=7)+4.05 (Groupe 4)
OBJ3	p=.3064	p=.0171	T=1.5 (N=12)+4.01 (Groupe 5)	T=10.5 (N=9)
MOY3	P=.1739	P=.2582	t=9 (n=10)	T=18.5 (N=8)

aique. Guglielmino note que les individus ayant un score élevé sur le SDLRS ont tendance à évoluer plus rapidement au niveau des préférences et attitudes d'autonomie d'apprentissage. L'élément de ces caractéristiques qui nous semble particulièrement important concerne la sélection du groupe de comparaison. Il est fort possible que les volontaires de ce groupe avaient au départ un niveau de motivation supérieur à la moyenne des étudiants inscrits dans leur programme et aussi par rapport au groupe à l'essai. En effet, le groupe de comparaison devait s'impliquer dans une étude initée par une autre Université. Bien qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les résultats au prétest/post-test chez le groupe à l'essai, nous observons tout de même une évolution positive dans les scores obtenus sur l'échelle SDLRS.

Les résultats du QUEST 3 (score total) et OBJ 3 nous amènent à rejeter l'hypothèse nulle (HI) en faveur du groupe à l'essai dans le post-test. Ces résultats démontrent la similarité des deux groupes à l'étude avant le traitement en ce qui concerne leurs capacités d'identifier leurs problèmes, besoins, objectifs et moyens d'apprentissage. A la lumière de cette constatation le cours "L'infirmière en situation d'apprentissage" semble faciliter le développement d'habiletés relatives à l'auto-diagnostic, particulièrement en ce qui cerne la formulation des objectifs d'apprentissage. Chez le groupe de concomparaison nous observons une diminution significative dans leurs habiletés à identifier leurs besoins de formation après leur première session académique.

Il semble à priori que le cours d'introduction au programme, "L'infirmière en situation d'apprentissage", première étape du modèle de formation de

type expérientiel, a eu un effet plus marqué sur le développement d'habiletés de diagnostic que sur le développement d'attitudes liés à l'autonomie d'apprentissage. Les résultats du groupe de comparaison dénotent chez ces sujets une diminution de leurs habiletés diagnostiques bien qu'ils aient un niveau élevé sur l'échelle des attitudes d'autonomie. Cette constatation illustre la nécessité d'un support académique systématique dans la démarche de prise en charge de formation continue.

2. ÉTUDE CROISÉE

2.1 CARACTÉRISTIQUES DES ÉCHANTILLONS (GROUPE 3 ET GROUPE 7)

L'analyse du questionnaire socio-démographique (Appendice C) a permis d'établir la similarité très forte entre les deux groupes à l'étude. Cependant, l'analyse révèle que les sujets du groupe à l'essai (groupe 7) sont en moyenne plus âgés et proviennent en plus grand nombre des écoles d'infirmières que le groupe de comparaison (groupe 3).

2.2 RÉSULTATS DES VARIABLES MESURÉES

L'étude croisée, réalisée à partir de deux groupes indépendants dans un devis pretest/post-test, vérifie l'effet du traitement en comparant les deux groupes sur les aspects suivants:

1. Préférences et attitudes favorables à l'autonomie d'apprentissage (SDLRS).

2. Niveau d'acquis théoriques par rapport à l'ensemble des normes de la pratique infirmière (Quest 2).

3. Capacité d'identifier leurs problèmes, besoins, objectifs et moyens d'apprentissage (Quest 3).

4. Capacité de faire appel à l'ensemble des normes de la pratique infirmière dans l'élaboration d'un plan de soins (Quest 4).

5. Perception de l'ensemble de ses comportements infirmiers par rapport aux normes actuelles de la pratique professionnelle (Quest 5-6).

Le tableau 8 qui suit présente les résultats des tests "Mann Whitney U" et du Chi-carré pour les variables et sous-variables relatives au SDLR8, Quest3, Quest4, Quest5-6 et à la Grille 04.

Les résultats obtenus indiquent une différence statistiquement significative en faveur du groupe à l'essai sur les variables: SDLR8, Quest 2 (score total), MC2, DSC2; Quest3 (score total), OBJ3; MC5, RA6. Par contre il n'y a aucune différence significative sur l'ensemble des variables relatives à la situation de soins infirmiers (Quest 4).

TABLEAU 8

RÉSULTATS: ÉTUDE CROISÉE (GROUPES 3-7)

TEST "MANN WHITNEY U"

VARIABLES	DEGRÉ DE SIGNIFICATION	*SIGNIFICATIF
SOLRS	P. 0811	*(GROUPE 7)
QUEST2 (SCORE TOTAL)	P. 0194	*(GROUPE 7)
MC2	P. 0801	*(GROUPE 7)
DSC2	P. 0006	*(GROUPE 7)
DSC3	P. 1234	
RA2	P. 7763	
RP2	P. 7310	
MP2	P. 4854	
QUEST3 (SCORE TOTAL)	P. 0510	*(GROUPE 7)
PRO3	P. 5853	
DES3	P. 1718	
OBJ3	P. 0805	*(GROUPE 7)
MOY3	P. 1709	
QUEST4 (SCORE TOTAL)	P. 8173	
MC4	P. 1.000	
DSC4	P. 8978	
RP4	P. 5278	
RA4	P. 7959	
QUEST5 (SCORE TOTAL)	P. 1368	
MC5	P. 0057	*(GROUPE 7)
RA5	P. 0532	*(GROUPE 7)
MP6	P. 7971	
DSC6	P. 1299	

TEST "CHI CARRE": GRILLE QUALITATIVE D'ANALYSE DU QUEST 4

VARIABLES	DEGRÉ DE SIGNIFICATION
PA DSC	P. 4497
IA DSC	P. 9281
AL DSC	P. 8254
RA	P. 5951
RP	P. 4937
MC	
GRILLE D 4 (SCORE TOTAL)	P. 5874

2.3 VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES

Cette partie de l'étude effectue la vérification statistique des hypothèses deux et trois (H2, H3).

H2: Il n'y a pas de différence significative entre le groupe à l'essai (groupe 7) et le groupe de comparaison (groupe 3) au niveau du développement de l'autonomie de l'apprenant adulte à la fin du programme.

H_0 Gr 3 = Gr 7

H_1 Gr 3 ≠ Gr 7

H3: Il n'y a pas de différence significative entre le groupe à l'essai (groupe 7) et le groupe de comparaison (groupe 3) au niveau du transfert de certains acquis théoriques dans la pratique des soins infirmiers.

H_0 Gr 3 = Gr 7

H_1 Gr 3 ≠ Gr 7

Les résultats sur le SDLRS, Quest3 (score total) et Obj3 nous permettent de rejeter l'hypothèse nulle (H2) en faveur du groupe à l'essai. Il semble plausible de croire que le modèle de formation de type expérientiel a permis le développement d'attitudes favorables à l'autonomie d'apprentissage et d'habiletés diagnostiques surtout en ce qui concerne la formulation des objectifs d'ap-

prentissage.

Les résultats du Quest2 (score total), MC2, DSC2, MC5 et RA6 nous amènent à rejeter l'hypothèse nulle (H3) pour les variables ci-haut mentionnées. Les résultats démontrent que les sujets du groupe à l'essai ont un niveau d'acquis théorique supérieur à la fin de leur programme de formation. Ces résultats indiquent également que ces infirmières perçoivent qu'elles ont davantage des comportements infirmiers en accord avec les normes relatives aux modèles conceptuels en soins infirmiers et à la relation d'aide.

Les résultats relatifs à l'ensemble des variables de la situation de soins infirmiers (Quest4) nous portent à croire que le modèle de formation de type expérientiel n'a pas favorisé chez le groupe à l'essai le développement de façon significative d'habiletés supérieures à faire appel aux normes de la pratique dans l'élaboration d'un plan de soins.

CHAPITRE V

DISCUSSION ET SUGGESTIONS

Ce chapitre présente les limites de l'analyse et la discussion des résultats obtenus. De plus, les chercheurs font quelques suggestions quant à des recherches éventuelles dans le domaine de l'éducation des adultes en soins infirmiers.

Discussion

Cette étude évaluative des effets d'un modèle de formation de type expérientiel nous a fourni une multitude de données intéressantes mais complexes. L'absence d'attribution des sujets de façon aléatoire dans le groupe de comparaison (groupe 4-6) et la grandeur des échantillons limitent l'interprétation des résultats obtenus aux tests d'hypothèses. Nous sommes donc incapables de faire des généralisations à d'autres populations. Par contre, l'analyse des caractéristiques des échantillons a démontré une grande similitude entre les groupes à l'étude.

La nature des données à analyser pose également certaines difficultés. En effet, les concepts d'autonomie d'apprentissage et de transfert des acquis théoriques dans la pratique ne sont pas faciles à mesurer. L'idéal aurait été de mesurer ces concepts au moyen de l'observation directe dans le milieu clinique. D'autre part, nous sommes conscients des limites de certains instruments

de mesure utilisés entre autres, ceux faisant appel à l'auto-évaluation et à une situation fictive de soins infirmiers. Ces instruments devraient faire l'objet de validation ultérieure.

Le modèle de formation de type expérientiel, surtout le cours "L'infirmière en situation d'apprentissage", semble être très utile dans le développement d'habiletés auto-diagnostiques d'apprentissage et, à long terme développe des attitudes favorables à l'autonomie d'apprentissage chez l'apprenant adulte (Appendice F). D'après Guglielmino il semble que les personnes qui obtiennent des résultats élevés sur le SDLRS ont tendance à mieux réussir dans un emploi qui requiert un degré élevé d'habiletés dans la résolution de problèmes, un degré élevé de créativité et un degré élevé de changement. Les normes actuelles de la pratique infirmière valorisent beaucoup des comportements d'autonomie similaires. Cependant, il semble clair pour plusieurs auteurs que chaque personne réagit en tant qu'organisme global chaque fois qu'il réagit. En dépit de cela des recherches sur les capacités et les intérêts (Adkins et Kuder, 1940) révèlent de très faibles corrélations entre capacités et intérêts. De façon identique, la plupart des recherches sur les relations entre la réussite dans le domaine cognitif, les attitudes et les valeurs prouvent qu'elles sont statistiquement indépendantes. Selon Mayhew (1958), il y a peu de relation entre les changements d'attitude et l'augmentation de connaissances chez un élève au niveau des collèges... cela signifie que la relation entre les deux est trop faible pour que l'on puisse déduire à coup sûr une réponse à l'un à partir de l'autre."[20] Toutefois, les résultats obtenus indiquent que les apprenants adultes, bien qu'ayant des attitudes favorables à l'autonomie d'apprentissage à

leur entrée dans un programme universitaire, nécessitant un support académique systématique pour développer des habiletés dans la planification de leur formation continue. Bureau démontre que l'apprentissage d'habiletés se réalise en trois phases: une phase cognitive, une phase prolongée de fixation-pratique et une dernière phase d'autonomie.[21] La complexité d'un tel processus requiert un encadrement systématique surtout en début de programme afin de rencontrer les objectifs éducatifs de prise en charge de sa formation par l'apprenant adulte. D'ailleurs nous avons observé, dans notre étude que l'absence d'une démarche systématique de planification a coincidé chez le groupe de comparaison à une diminution significative des habiletés à identifier leurs besoins d'apprentissage.

Les institutions universitaires favorisent le développement d'un niveau d'acquis théoriques supérieur tel que démontré encore une fois dans cette étude. Cependant, le problème majeur demeure le transfert de ces acquis théoriques dans la pratique professionnelle. La différence significative observée au niveau de cet aspect de l'apprentissage concerne la perception qu'ont les finissantes de leurs comportements infirmiers au niveau du modèle conceptuel et de la relation d'aide. A la lumière de ces résultats il semble que le modèle utilisé, tel que vécu auprès de ce premier groupe de finissants(es) dans le programme,n'a pas eu un effet significatif sur le transfert des acquis théoriques dans la pratique infirmière. Toutefois, ces résultats ne remettent pas en question l'ensemble du modèle de formation. Cette étude est loin d'avoir examiné de façon spécifique toutes les variables liées au modèle. Il serait intéressant d'examiner plus particulièrement les activités d'intégration dans le programme car l'activité

d'intégration terminale ne semble pas avoir eu des effets aussi importants que prévus. Nous croyons que cette activité n'est peut être pas suffisante et qu'un renforcement continu des concepts d'intégration relatifs aux normes de la pratique infirmière dans l'ensemble des activités du programme pourraient réduire l'écart qui subsiste entre la théorie et la pratique. Il serait également important d'examiner comment le modèle a été vécu dans l'ensemble des activités du programme, il est possible que des différences au niveau de la familiarisation avec le modèle existe chez le personnel enseignant surtout chez les chargés de cours, etc.

En dépit de ses limites cette étude est valable en ce sens qu'elle aura apporté un éclairage nouveau sur les difficultés et les besoins qu'éprouvent les apprenants adultes en soins infirmiers dans le cadre de leur formation continue.

Cette expérience a été gratifiante et elle contribue à l'amélioration de nouvelles approches pédagogiques. Elle est également un des premiers essais de recherche évaluative dans le domaine de l'éducation universitaire des adultes en soins infirmiers au Québec.

SUGGESTIONS

C'est avec réserve que les chercheurs formulent quelques suggestions suite à cette étude. Les données recueillies ne nous ont pas permis d'isoler les variables spécifiques au transfert des acquis théoriques dans la pratique. Il serait intéressant dans une étude ultérieure d'évaluer l'ensemble des acti-

vités d'intégration dans le programme. A notre avis ces activités devraient avoir un impact majeur sur les habiletés de planification des soins infirmiers chez les finissants(es). Egalement une étude pourrait portée sur le processus de mise en application du modèle.

Les chercheurs avaient prévu au départ la vérification du concept de retention des acquis théoriques dans le milieu de travail un an après la fin du programme académique. Ce type d'étude demeure innovateur et nécessaire et devrait être poursuivie éventuellement. C'est la seule façon, à notre avis de vérifier l'impact véritable de la formation universitaire sur le développement de la pratique infirmière dans les milieux de travail.

Dans le domaine des soins infirmiers il existe très peu d'instruments de mesure valides pour vérifier l'impact de la formation continue sur la compétence professionnelle. Plusieurs instruments de mesure ont été élaborés dans le cadre de cette recherche et, bien qu'on reconnaisse qu'ils bénéficieraient de validation ultérieure, ils pourraient être exploités dans le futur pour la recherche ou comme outils de diagnostic dans des programmes similaires.

CONCLUSION

Cette recherche évaluative avait pour but d'étudier les effets d'un modèle de formation de type expérientiel sur le développement de comportements autonomes et le transfert des acquis théoriques dans la pratique chez les apprenants adultes en soins infirmiers cliniques. Les auteurs entrevoyaient les effets de l'utilisation de ce modèle d'apprentissage en terme de prise en charge graduelle de sa formation continue et comme un moyen de faciliter l'intégration des connaissances théoriques et le développement d'habiletés pratiques. L'analyse descriptive et statistique des données recueillies semble démontrer que le modèle a effectivement un effet de facilitation sur le développement de comportements autonomes d'apprentissage. Les chercheurs n'ont pas pu cependant vérifier l'hypothèse de la facilitation du transfert des acquis théoriques dans la pratique. Suite à cette étude, les auteurs persistent à croire que l'utilisation de modèle de formation de type expérientiel dans l'enseignement universitaire est une alternative intéressante et devrait être préconisée afin de favoriser le développement de comportements autonomes dans l'apprentissage et dans la pratique professionnelle.

Plusieurs auteurs ont également identifié que cette approche amène des bénéfices au niveau du développement global de l'individu. Kirkwood dans "Importance of assessing learning", exprime le problème de l'acceptation par certaines universités traditionnelles des modèles d'apprentissage de type expérientiel car elles questionnent la légitimité de ce type d'apprentissage[22].

Chickering dans "Experience and learning" mentionne que l'apprentissage expérientiel nous amène à remettre en question les postulats et les principes qui guident nos pratiques actuelles dans l'enseignement universitaire. L'apprentissage expérientielle nous oblige à nous éloigner des approches théoriques et dogmatiques pour nous orienter davantage vers la recherche de la compétence, des connaissances appliquées, de l'information pertinente au travail, des relations coopératives et du développement social, processus en constante évolution". Dans la réalité de tous les jours, l'apprenant adulte est appelé à s'engager à tous ces niveaux ce qui implique qu'un enseignement orienté vers l'acquisition de comportements d'autonomie devraient mieux répondre aux besoins de ce type de clientèle universitaire.

REMERCIEMENTS

Le chercheur tient à remercier les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce projet spécialement Raymonde Beaudoin, contractuelle de recherche et co-auteure du rapport de recherche. Je remercie également les personnes suivantes qui ont participé occasionnellement à titre de consultants: Benoit Charbonneau, Mamdouh Dawoud, Pierre Jocelyn et Fernande Viens. Cette étude a été réalisée grâce à l'appui de l'Université du Québec à Hull dans le cadre d'une subvention du Fonds Institutionnel de Recherche. Je remercie sincèrement l'U.B.A.H. de l'appui accordé à ce projet.

APPENDICE A

Instruments de mesure

(A 1. S.D.L.R.S.

2. L'infirmier-ère et sa pratique professionnelle.

3. L'infirmier-ère et son projet de formation continue.

4. Situation de soins infirmiers.

5-6. Grille d'identifi-ation de comportements infirmiers.

7. Questionnaire socio-démographique.

Déroulement de la cueillette de données

A 8. Lettre d'introduction.

9. Consentement de participation volontaire.

10. Directives générales.

SDLRS

QUESTIONNAIRE

Directives: Le présent questionnaire est destiné à recueillir des données sur les attitudes et les préférences en matière d'apprentissage. Veuillez lire chaque item et indiquer dans quelle mesure vous croyez que l'énoncé s'applique à vous-même. Veuillez lire attentivement les choix proposés et encercler la lettre figurant sous la réponse qui correspond le mieux à vos dispositions personnelles.

Aucune limite de temps n'est fixée pour répondre au questionnaire. Évitez cependant de trop vous attarder à un item en particulier. Votre première réaction à la question sera habituellement la plus juste.

Exemple:

Lorsque j'ai quatre travaux de recherche à effectuer, je ne sais pas par lequel commencer.

	RÉPONSES				
	Ne s'applique presque jamais à moi (Je ne me sens presque jamais de cette façon)	S'applique rarement à moi (Je me sens de cette façon moins de la moitié du temps)	S'applique parfois à moi (Je me sens de cette façon environ la moitié du temps)	S'applique habituellement à moi (Je me sens de cette façon plus de la moitié du temps)	S'applique presque toujours à moi (Je me sens presque toujours de cette façon)
Si vous croyez que cet énoncé s'applique presque toujours à vous, que vous vous sentez presque toujours de cette façon, alors vous encerclez la lettre figurant sous cette réponse.	A	B	C	D	(E)
ou					
Si vous croyez que cet énoncé s'applique habituellement à vous, que vous vous sentez de cette façon plus de la moitié du temps, alors vous encerclez la lettre figurant sous cette réponse.	A	B	C	(D)	E
ou					
Si vous croyez que cet énoncé s'applique parfois à vous, que vous vous sentez de cette façon environ la moitié du temps, alors vous encerclez la lettre figurant sous cette réponse.	A	B	(C)	D	E
ou					
Si vous croyez que cet énoncé s'applique rarement à vous, que vous vous sentez de cette façon moins de la moitié du temps, alors vous encerclez la lettre figurant sous cette réponse.	A	(B)	C	D	E
ou					
Si vous croyez que cet énoncé s'applique presque jamais à vous, que vous vous sentez presque jamais de cette façon, alors vous encerclez la lettre figurant sous cette réponse.	(A)	B	C	D	E

ITEMS:	Ne s'applique presque jamais à moi (je ne me sens presque jamais de cette façon)	S'applique rarement à moi (je ne me sens de cette façon moins de la moitié du temps)	S'applique parfois à moi (je me sens de cette façon environ la moitié du temps)	S'applique habituellement à moi (je me sens de cette façon plus de la moitié du temps)	S'applique presque toujours à moi (je me sens presque toujours de cette façon)
1. J'espère continuer à apprendre aussi longtemps que je vivrai.	A	B	C	D	E
2. Je sais ce que je veux apprendre.	A	B	C	D	E
3. Lorsqu'il y a quelque chose que je ne comprends pas, je m'en tiens éloigné(e).	A	B	C	D	E
4. Lorsqu'il y a quelque chose que je veux apprendre, je trouve habituellement un moyen d'y parvenir.	A	B	C	D	E
5. J'aime apprendre.	A	B	C	D	E
6. Il me faut un certain temps pour démarrer de nouveaux projets.	A	B	C	D	E
7. En classe, je m'attends à ce que le professeur dise à tous les étudiants exactement ce qu'il faut faire tout le temps.	A	B	C	D	E

		Ne s'applique presque jamais à moi (je ne me sens presque jamais de cette façon)	S'applique rarement à moi (je me sens de cette façon moins de la moitié du temps)	S'applique parfois à moi (je me sens de cette façon environ la moitié du temps)	S'applique habituellement à moi (je me sens de cette façon plus de la moitié du temps)	S'applique presque toujours à moi (je me sens presque toujours de cette façon)
8.	Je crois que réfléchir à ce que nous sommes, où nous sommes et où nous allons devrait occuper une place majeure dans l'éducation de chaque personne.	A	B	C	D	E
9.	Je ne travaille pas très bien lorsque je suis laissé(e) à ma propre initiative.	A	B	C	D	E
10.	Si je constate que j'ai besoin d'un renseignement je sais où l'obtenir.	A	B	C	D	E
11.	Je peux apprendre par mes propres moyens plus facilement que la plupart des gens.	A	B	C	D	E
12.	Même lorsque j'ai une idée formidable, je n'arrive pas à trouver un moyen de la mettre en pratique.	A	B	C	D	E
13.	En situation d'apprentissage, je préfère prendre part à la décision sur ce qui sera appris et sur la manière d'apprendre.	A	B	C	D	E
14.	Peu m'importe qu'une étude soit difficile, pourvu que le sujet m'intéresse.	A	B	C	D	E
15.	Personne d'autre que moi-même n'est vraiment responsable de ce que j'apprends.	A	B	C	D	E
16.	Si je suis en train d'apprendre quelque chose je peux dire si j'apprends bien ou mal.	A	B	C	D	E
17.	Il y a tant de choses que j'aimerais apprendre que je souhaiterais que les journées soient plus longues.	A	B	C	D	E
18.	Lorsque j'ai décidé d'apprendre quelque chose, je peux trouver le temps de le faire, même lorsque je suis très occupé(e).	A	B	C	D	E

	Ne s'applique presque jamais à moi (je ne me sens presque jamais de cette façon)	S'applique rarement à moi (je me sens de cette façon moins de la moitié du temps)	S'applique parfois à moi (je me sens de cette façon environ la moitié du temps)	S'applique habituellement à moi (je me sens de cette façon plus de la moitié du temps)	S'applique presque toujours à moi (je me sens presque toujours de cette façon)
19. J'ai de la difficulté à comprendre ce que je lis.	A	B	C	D	E
20. Si je n'apprends pas, ce n'est pas ma faute.	A	B	C	D	E
21. Je sais lorsque j'ai besoin d'apprendre davantage sur un sujet.	A	B	C	D	E
22. Si je peux comprendre quelque chose assez bien pour me tirer d'affaires, ça ne me dérange pas s'il me reste des questions sans réponse.	A	B	C	D	E
23. Je considère les bibliothèques comme des endroits ennuyeux.	A	B	C	D	E
24. Les gens pour qui j'ai le plus d'admiration apprennent continuellement de nouvelles choses.	A	B	C	D	E
25. Je peux concevoir plusieurs façons différentes de s'y prendre pour étudier un nouveau sujet.	A	B	C	D	E
26. Je cherche à rattacher ce que j'apprends à mes objectifs à long terme.	A	B	C	D	E
27. Je peux apprendre par mes propres moyens à peu près tout ce que je pourrais avoir besoin de savoir.	A	B	C	D	E
28. J'éprouve un réel plaisir à découvrir la réponse à une question.	A	B	C	D	E
29. Je n'aime pas les questions où il y a plus d'une bonne réponse.	A	B	C	D	E

	Ne s'applique presque jamais à moi (je ne me sens presque jamais de cette façon)	S'applique rarement à moi (je me sens de cette façon moins de la moitié du temps)	S'applique parfois à moi (je me sens de cette façon environ la moitié du temps)	S'applique habituellement à moi (je me sens de cette façon plus de la moitié du temps)	S'applique presque toujours à moi (je me sens presque toujours de cette façon)
30. Je m'intéresse à tout.	A	B	C	D	E
31. Je serai heureux(se) lorsque j'aurai fini d'apprendre.	A	B	C	D	E
32. Je suis moins intéressé(e) à apprendre que d'autres semblent l'être.	A	B	C	D	E
33. Je n'éprouve aucune difficulté à acquérir les habiletés scolaires de base.	A	B	C	D	E
34. J'aime faire de nouvelles expériences, même lorsque je suis incertain(e) des résultats.	A	B	C	D	E
35. Je déteste que des personnes réellement compétentes signalent mes erreurs.	A	B	C	D	E
36. J'ai le don de trouver des façons originales de faire les choses.	A	B	C	D	E
37. J'aime songer à l'avenir.	A	B	C	D	E
38. Je réussis mieux que la plupart des gens à trouver les renseignements dont j'ai besoin.	A	B	C	D	E
39. Je considère les problèmes comme des défis et non comme des barrières.	A	B	C	D	E
40. Je peux m'imposer de faire tout ce que je crois devoir faire.	A	B	C	D	E
41. Je suis satisfait(e) de ma façon d'analyser les problèmes.	A	B	C	D	E
42. J'assume un rôle de leader dans les situations d'apprentissage en groupe.	A	B	C	D	E
43. J'aime discuter des idées.	A	B	C	D	E
44. Je n'aime pas les situations d'apprentissage difficiles.	A	B	C	D	E

		Ne s'applique presque jamais à moi (je ne me sens presque jamais de cette façon)	S'applique rarement à moi (je ne me sens de cette façon moins de la moitié du temps)	S'applique parfois à moi (je me sens de cette façon environ la moitié du temps)	S'applique habituellement à moi (je me sens de cette façon plus de la moitié du temps)	S'applique presque toujours à moi (je me sens presque toujours de cette façon)
45.	J'ai un profond désir d'apprendre de nouvelles choses.	A	B	C	D	E
46.	Plus j'apprends de nouvelles choses plus le monde devient intéressant.	A	B	C	D	E
47.	C'est plaisant d'apprendre.	A	B	C	D	E
48.	Il est préférable de s'en tenir aux méthodes d'apprentissage éprouvées plutôt que d'en chercher continuellement de nouvelles.	A	B	C	D	E
49.	Je veux apprendre davantage afin d'assurer ma croissance personnelle.	A	B	C	D	E
50.	Je suis responsable de mon apprentissage, personne d'autre ne l'est pour moi.	A	B	C	D	E
51.	Je considère qu'il est important d'apprendre à apprendre.	A	B	C	D	E
52.	Je ne serai jamais trop âgé(e) pour apprendre de nouvelles choses.	A	B	C	D	E
53.	L'apprentissage constant est une corvée.	A	B	C	D	E
54.	L'apprentissage est un outil de développement utile pour toute la vie.	A	B	C	D	E
55.	Chaque année, j'apprends par mes propres moyens de nombreuses choses nouvelles.	A	B	C	D	E
56.	L'apprentissage ne change rien à mon existence.	A	B	C	D	E
57.	J'apprends facilement aussi bien en classe que par mes propres moyens.	A	B	C	D	E
58.	Ceux qui apprennent sont ceux qui mènent.	A	B	C	D	E

© 1977, Lucy M. Guglielmino

Traduit sous la responsabilité d'Adèle Jomphe Hill
l'Université du Québec à Hull, 1983. Avec la permission de Guglielmino and Associates.

QUESTIONNAIRE À QUESTIONS OUVERTES (6). Numéro d'identification

1 2
2
3

L'INFIRMIER-ÈRE ET SA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Directives: Les questions suivantes portent sur votre pratique professionnelle. Nous vous invitons à répondre de la façon la plus précise possible dans l'espace réservé. Vous avez 25 minutes à votre disposition.

1. Expliquez brièvement votre vision d'un client en soins infirmiers.

4 5

2. Nommez seulement, les étapes de la démarche scientifique en soins infirmiers.

6 7

3. Quand, d'après vous, doit-on faire la cueillette de données chez un client en soins infirmiers? Expliquez brièvement.

8 9

4. Décrivez brièvement ce qui, pour vous, caractérise les rapports client/infirmière dans la pratique des soins infirmiers.

10 11

5. En vous référant aux exigences de la pratique professionnelle, énoncez brièvement sur quoi est basé le choix des interventions en soins infirmiers.

12 13

6. Nommez, avec un bref exemple à l'appui, en quoi consistent les trois types de responsabilités professionnelles de l'infirmière.

14 15

QUESTIONNAIRE A QUESTIONS OUVERTES (4) Numéro d'identification

1 2

3

3

L'INFIRMIER-ÈRE ET SON PROJET DE FORMATION CONTINUE

Directives: Les questions suivantes portent sur votre projet de formation continue. Nous vous invitons à répondre dans l'espace réservé de la façon la plus spécifique possible et d'après votre réflexion. Vous avez 15 minutes à votre disposition.

1. Quels sont vos cinq principaux problèmes que vous rencontrez dans vos soins infirmiers?

1.1 _____
1.2 _____
1.3 _____
1.4 _____
1.5 _____

4 5

2. Quels sont vos cinq besoins prioritaires de formation en ce début de votre programme d'études?

2.1 _____
2.2 _____
2.3 _____
2.4 _____
2.5 _____

6 7

3. Quels sont vos cinq principaux objectifs que vous poursuivez dans votre programme de formation en cours?

3.1 _____
3.2 _____
3.3 _____
3.4 _____
3.5 _____

8 9

4. Nommez cinq moyens (activités, cours, ressources, etc.) que vous prévoyez utiliser pour répondre à vos besoins de formation durant votre programme universitaire actuel?

4.1 _____
4.2 _____
4.3 _____
4.4 _____
4.5 _____

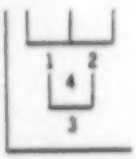
10 11

12 13

14

SITUATION DE SOINS INFIRMIERS

Numéro d'identification



Directives: Élaborer le plan de soins individuel de Denise St-Pierre pour les trois prochaines heures à partir du plan de soins ci-inclus.

Dans la deuxième case du plan de soins, identifier trois priorités de soins infirmiers qui découlent de votre cueillette et de votre interprétation des données.

Denise St-Pierre a 16 ans et vit avec sa famille dans un village. Elle est happée par une voiture au retour d'une soirée avec des amis. Elle a perdu conscience pendant 20 minutes. Ses amis ont appelé l'ambulance et le prêtre de la paroisse. Elle a été transportée d'urgence à l'hôpital dans la ville voisine vers 2.00 hres a.m. Elle est admise à votre département à 3.00 hres a.m. Elle pleure et s'inquiète parce qu'on lui défend de bouger. Elle accuse des contusions et de la douleur à la jambe droite et se plaint d'avoir de la difficulté à bouger le cou. Elle n'a pas uriné depuis son arrivée à l'urgence. Ses signes vitaux sont stables, ses signes neurologiques sont normaux.

Les informations recueillies auprès de Denise révèlent qu'elle est généralement en bonne santé, mais elle fait occasionnellement des pertes de conscience. Elle a bon appétit. Elle fréquente l'école secondaire et est très sportive.

Ses parents, prévenus de l'accident par le prêtre, arrivent très inquiets à l'hôpital vers 3.00 hres a.m. L'infirmière est leur premier contact et ils la questionnent sur la gravité de l'état de santé de leur fille.

Diagnostic médical: (à déterminer)

Admise pour observation: perte de conscience, difficulté à bouger le cou.

Ordonnances médicales:

- immobilisation complète du cou.
- radiographies: colonne vertébrale, tibia droit, crâne, stat.
- diète absolue pour 24 heures.
- dextrose salin 5%, 1500 cm.^{3}/dx2.
- signes vitaux et neurologiques aux 15 minutes.
- dosage ingesta-excreta.

PLAN DE SOINS INDIVIDUEL

Date et heure	Trois priorités de soins infirmiers	Objectifs (buts)	Echéancier	Interventions		Résultats (fictifs)
				Soins infirmiers particuliers à administer (action)	Date et heure	Succès obtenu

GRILLE D'IDENTIFICATION DE COMPORTEMENTS INFIRMIERS

Numéro d'identification

1	2	
	5	
	3	

Cette grille a pour but d'identifier vos comportements infirmiers. Nous vous invitons à répondre spontanément aux questions qui suivent. Vous disposez de 30 minutes.

Première partie:

Directives: Pour vous aider à répondre aux questions qui suivent, nous vous invitons à vous placer dans une situation où il vous est demandé de vous exprimer sur certains aspects de votre pratique professionnelle.

Il s'agit de cocher la case qui correspond à votre capacité de vous exprimer par rapport aux énoncés suivants. Veuillez ne cocher qu'une seule case par énoncé.

Exemple

Je suis capable de décrire les résultats mesurés de mes activités professionnelles.

	Tout à fait capable	Assez capable	Partiellement capable	Pas du tout capable
Si vous percevez que vous êtes tout à fait capable de vous exprimer par rapport à cet énoncé, vous cochez la case correspondante.	☒	☐	☐	☐
ou				
Si vous percevez que vous êtes assez capable de vous exprimer par rapport à cet énoncé, vous cochez la case correspondante.	☐	☒	☐	☐
ou				
Si vous percevez que vous êtes partiellement capable de vous exprimer par rapport à cet énoncé, vous cochez la case correspondante.	☐	☐	☒	☐
ou				
Si vous percevez que vous n'êtes pas du tout capable de vous exprimer par rapport à cet énoncé, vous cochez la case correspondante.	☐	☐	☐	☒

ÉNONCÉS:

	Tout à fait capable	Assez capable	Partiellement capable	Pas du tout capable	
1. Je suis capable de décrire mon intervention par rapport aux modes dont je dispose.	☐	☐	☐	☐	4
2. Je suis capable de décrire les actes professionnels s'harmonisant avec le but de la profession d'infirmière.	☐	☐	☐	☐	5
3. Je suis capable d'exprimer ma vision précise du client.	☐	☐	☐	☐	6
4. Je suis capable de décrire mon intervention par rapport à son centre.	☐	☐	☐	☐	7
5. Je suis capable de décrire la conception de mon rôle précis d'infirmière.	☐	☐	☐	☐	8
6. Je suis capable d'énoncer ma conception du centre d'intervention.	☐	☐	☐	☐	9
7. Je suis capable d'énoncer ma conception des modes d'intervention.	☐	☐	☐	☐	10

Deuxième partie: Numéro d'identification

1 2
6
3

Directives: Pour vous aider à répondre aux questions qui suivent, nous vous invitons à vous référer à vos comportements professionnels habituels.

Il s'agit de cocher la case qui qualifie le mieux la fréquence de votre comportement. Veuillez ne cocher qu'une seule case par énoncé.

[illegible]

	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais	Non applicable	
8. Je signale à l'autorité compétente toute pratique dangereuse d'autres membres du personnel infirmier.	☐	☐	☐	☐	☐	4
9. Je fixe un délai raisonnable pour l'atteinte des objectifs poursuivis.	☐	☐	☐	☐	☐	5
10. J'explique au client la nécessité et l'intérêt de préciser ce que peuvent attendre les deux parties (client/infirmière).	☐	☐	☐	☐	☐	6
11. Je détermine des priorités pour la solution des problèmes identifiés.	☐	☐	☐	☐	☐	7
12. Je montre au client qu'il a toute mon attention par: 12.1 mon comportement verbal;	☐	☐	☐	☐	☐	8
12.2 mon comportement non verbal.	☐	☐	☐	☐	☐	9
13. J'interprète les données en tenant compte du plan interdisciplinaire de soins.	☐	☐	☐	☐	☐	10
14. J'aide le client à assumer la responsabilité de ses choix.	☐	☐	☐	☐	☐	11
15. J'identifie les ressources nécessaires.	☐	☐	☐	☐	☐	12

Dans mes interventions en soins infirmiers:	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais	Non applicable	
16. J'utilise toutes les sources disponibles pour la collecte des données, notamment:						
16.1 le client;	☐	☐	☐	☐	☐	13
16.2 le médecin;	☐	☐	☐	☐	☐	14
16.3 la famille;	☐	☐	☐	☐	☐	15
16.4 toute autre personne appropriée;	☐	☐	☐	☐	☐	16
16.5 les dossiers du client;	☐	☐	☐	☐	☐	17
16.6 mes propres connaissances théoriques;	☐	☐	☐	☐	☐	18
16.7 mon expérience.	☐	☐	☐	☐	☐	19
17. Je cherche des possibilités de perfectionnement professionnel.	☐	☐	☐	☐	☐	20
18. À la première occasion je me présente au client.	☐	☐	☐	☐	☐	21
19. J'établis la durée prévue de ma relation avec le client.	☐	☐	☐	☐	☐	22
20. Je signale aux personnes compétentes les pratiques dangereuses des autres travailleurs de la santé.	☐	☐	☐	☐	☐	23
21. J'agis sur le milieu de façon à atteindre les objectifs fixés.	☐	☐	☐	☐	☐	24
22. Je respecte les procédures juridiques établies pour:						
22.1 la tenue des dossiers;	☐	☐	☐	☐	☐	25
22.2 l'obtention de permissions;	☐	☐	☐	☐	☐	26
22.3 l'identification des clients;	☐	☐	☐	☐	☐	27
22.4 l'usage des drogues contrôlées;	☐	☐	☐	☐	☐	28
22.5 le rapport d'incidents inhabituels.	☐	☐	☐	☐	☐	29
23. Je vérifie auprès du client ce qui pourrait lui être utile.	☐	☐	☐	☐	☐	30

Dans mes interventions en soins infirmiers:

	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais	Non applicable	
24. Je compare les résultats que j'obtiens avec ceux établis par les objectifs:						
24.1 à court terme;	☐	☐	☐	☐	☐	31
24.2 à long terme.	☐	☐	☐	☐	☐	32
25. J'examine les conditions du milieu qui pourraient influer sur l'atteinte des objectifs visés.	☐	☐	☐	☐	☐	33
26. Je prépare le client à s'auto-suffire une fois notre relation d'aide terminée.	☐	☐	☐	☐	☐	34
27. J'utilise diverses techniques pour la collecte des données, notamment:						
27.1 l'entrevue;	☐	☐	☐	☐	☐	35
27.2 la consultation;	☐	☐	☐	☐	☐	36
27.3 l'examen physique;	☐	☐	☐	☐	☐	37
27.4 l'observation;	☐	☐	☐	☐	☐	38
27.5 l'évaluation.	☐	☐	☐	☐	☐	39
28. Je m'assure que la fin de la relation est bien comprise et entreprise de part et d'autre.	☐	☐	☐	☐	☐	40
29. Je collabore avec les autres membres de l'équipe de santé à toutes les étapes de la démarche scientifique.	☐	☐	☐	☐	☐	41
30. J'interprète les données conformément à:						
30.1 mon modèle conceptuel;	☐	☐	☐	☐	☐	42
30.2 mes connaissances des domaines connexes.	☐	☐	☐	☐	☐	43
31. Je travaille à ce que soient apportés à la législation les changements nécessaires.	☐	☐	☐	☐	☐	44
32. Je protège les droits de la personne tels que:						
32.1 respect du caractère confidentiel;	☐	☐	☐	☐	☐	45
32.2 des renseignements;	☐	☐	☐	☐	☐	46
32.3 droit à l'intimité;	☐	☐	☐	☐	☐	47

Dans mes interventions en soins infirmiers:	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais	Non applicable	
32.4 droit aux croyances;	☐	☐	☐	☐	☐	48
32.5 droit à certaines valeurs.	☐	☐	☐	☐	☐	49
33. J'identifie les objectifs à long terme de mon intervention, de concert avec:						
33.1 le client;	☐	☐	☐	☐	☐	50
33.2 les autres personnes en cause.	☐	☐	☐	☐	☐	51
34. Je choisis un certain nombre d'actes infirmiers appropriés au contre particulier d'intervention.	☐	☐	☐	☐	☐	52
35. J'identifie avec le client les difficultés:						
35.1 actuelles;	☐	☐	☐	☐	☐	53
35.2 potentielles.	☐	☐	☐	☐	☐	54
36. J'énonce les objectifs à atteindre en terme de comportements en précisant les résultats escomptés.	☐	☐	☐	☐	☐	55
37. J'incite fortement le client à participer à l'atteinte des résultats touchant son état de santé.	☐	☐	☐	☐	☐	56
38. J'identifie les objectifs à court terme de mon intervention, de concert avec:						
38.1 le client;	☐	☐	☐	☐	☐	57
38.2 les autres personnes en cause.	☐	☐	☐	☐	☐	58
39. Je revois, s'il y a lieu, avec le client et avec qui de droit:						
39.1 les objectifs;	☐	☐	☐	☐	☐	59
39.2 les priorités;	☐	☐	☐	☐	☐	60
39.3 les actes infirmiers à poser.	☐	☐	☐	☐	☐	61
40. Je m'assure que le client, au égard à ses besoins, comprend bien:						
40.1 mon rôle d'infirmière;	☐	☐	☐	☐	☐	62
40.2 ma disponibilité;	☐	☐	☐	☐	☐	63
40.3 mon accessibilité;	☐	☐	☐	☐	☐	64
40.4 ma responsabilité.	☐	☐	☐	☐	☐	65

Dans mes interventions en soins infirmiers:

	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais	Non applicable	
41. Je signale à l'autorité compétente toute mauvaise conduite professionnelle d'autres membres du personnel infirmier.	☐	☐	☐	☐	☐	66
42. Je fais preuve de jugement dans l'application de régimes prescrits par le médecin.	☐	☐	☐	☐	☐	67
43. Je demande au client ce qui pourrait lui être utile.	☐	☐	☐	☐	☐	68
44. Je poursuis de façon cyclique toute la démarche scientifique jusqu'à ce que se termine la relation client/infirmière.	☐	☐	☐	☐	☐	69
45. J'établis les priorités pour la solution des problèmes identifiés.	☐	☐	☐	☐	☐	70
46. Je recueille les données correspondant à ma conception du client:						
46.1 de façon systématique;	☐	☐	☐	☐	☐	71
46.2 de façon continue.	☐	☐	☐	☐	☐	72
47. Je choisis un certain nombre d'actes infirmiers appropriés aux modes particuliers d'intervention.	☐	☐	☐	☐	☐	73
48. Je cerne l'origine probable:						
48.1 des difficultés actuelles du client;	☐	☐	☐	☐	☐	74
48.2 des difficultés potentielles du client.	☐	☐	☐	☐	☐	75
49. Je surveille le personnel infirmier auxiliaire dans l'exécution des tâches déléguées.	☐	☐	☐	☐	☐	76
50. Je prépare le client à prendre soin de lui par ses propres moyens une fois notre relation terminée.	☐	☐	☐	☐	☐	77

Tiré de: L'Association des infirmières et infirmiers du Canada
Définition de la pratique infirmière et des normes de la pratique infirmière, Ottawa, juin 1981.

QUESTIONNAIRE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

Afin de pouvoir effectuer l'analyse des résultats de notre recherche, nous avons besoin de connaître certaines informations sur vous. Il s'agit de répondre aux questions qui suivent en cochant la case appropriée.

1. A quel groupe d'âge appartenez-vous?
   - a) Moins de 25 ans ☐
   - b) 25 à 40 ans ☐
   - c) Plus de 40 ans ☐

2. Sexe
   - a) Masculin ☐
   - b) Féminin ☐

3. Quelle est votre formation initiale?
   - a) Formation de base d'une école d'infirmières ☐
   - b) Diplôme d'études collégiales en soins infirmiers ☐
   - c) Baccalauréat de base en soins infirmiers ☐

4. Avez-vous une autre formation?
   - a) Oui ☐
   - b) Non ☐

5. Si oui, laquelle?
   - a) Infirmière auxiliaire avec recyclage infirmier ☐
   - b) Certificats de premier cycle, lequel: _____ ☐
   - c) Cours en soins infirmiers, lesquels: _____ ☐
     _____
   - d) Autres. Spécifier. _____ ☐

6. Depuis combien de temps avez-vous obtenu votre formation initiale?
   - a) Mois d'un an ☐
   - b) 1 à 5 ans ☐
   - c) 6 à 10 ans ☐
   - d) Plus de 10 ans ☐

1 2 7 3

4

5

6

7

8

9

7. Êtes-vous actuellement inscrit-e comme étudiant-e dans un programme d'études?

   a) À temps plein ☐
   b) À temps partiel ☐

10

8. Combien de temps prévoyez-vous pour compléter votre programme?

   a) moins d'un an ☐
   b) 1 jusqu'à moins de 2 ans ☐
   c) 2 jusqu'à moins de 3 ans ☐
   d) 3 ans et plus ☐

11

9. Combien avez-vous d'années d'exercice depuis la fin de votre formation initiale?

   a) Moins d'un an ☐
   b) 1 jusqu'à moins de 5 ans ☐
   c) 5 jusqu'à moins de 10 ans ☐
   d) 10 ans et plus ☐

12

10. Avez-vous un emploi actuellement?

   a) Oui ☐
   b) Non ☐

13

11. Si oui, dans quel type d'institution travaillez-vous?

   a) Centre hospitalier ☐
   b) Département de santé communautaire ☐
   c) Centre de services communautaires ☐
   d) Foyer, maison d'hébergement, centre d'accueil ☐
   e) Autres (spécifiez) _____ ☐

14

12. Quel est votre milieu de travail?

   a) Soins généraux ☐
   b) Soins spécialisés ☐
   c) Soins ultra spécialisés ☐

15

13. Quel est votre poste actuel?

   a) Directeur/coordonnateur ☐
   b) Infirmier-ère chef ☐
   c) Assistant-e infirmier-ère chef ☐
   d) Chef d'équipe ☐
   e) Infirmier-ère soignant-e ☐
   f) Autre (spécifiez) _____ ☐

16

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À HULL

Septembre 1983.

OBJET: Participation au projet de recherche: Étude des effets d'un modèle de formation de type expérientiel sur l'apprenant adulte en soins infirmiers.

Cher-ère infirmier-ère,

Les modèles de formation continue en soins infirmiers évoluent constamment. Des recherches systématiques sont nécessaires afin d'étudier les effets des nouvelles approches pédagogiques sur l'apprenant adulte en soins infirmiers.

Nous apprécierions grandement votre collaboration à ce projet de recherche qui, nous espérons, aidera à mieux répondre aux besoins de formation universitaire des infirmiers-ères.

Soyez assuré-e du caractère anonyme et confidentiel de cette étude. Votre participation ne sera mentionnée d'aucune façon dans votre dossier académique.

Merci à l'avance de votre participation au développement de la pratique infirmière.

Adèle Joseph Hill

Adèle Joseph Hill, Fernande Viens
et l'équipe de recherche.

CONSENTEMENT DE PARTICIPATION VOLONTAIRE AU PROJET DE RECHERCHE:
Étude des effets d'un modèle de formation de type expérientiel sur l'apprenant adulte en soins infirmiers.

Je m'engage à être disponible pour répondre à des questionnaires, grilles, etc. aux périodes suivantes:

Début septembre 1993: 3 heures
Début janvier 1994 : 45 minutes
Fin juin 1995 : 3 heures
Fin juin 1996 : 3 heures

Je soussigné-e _____(1) accepte de participer de façon volontaire à l'étude ci-haut mentionnée.

Endroit, date _____

Soyez assuré-e que les résultats obtenus ne seront d'aucune manière intégrés à votre dossier académique.

(1) Une liste maîtresse des participants-es sera établie à partir des feuilles de consentement. La durée du projet nécessite cette liste afin de pouvoir contacter les participants-es. Cependant, seule les coordonatrices du projet y auront accès.

DIRECTIVES GÉNÉRALES

Les trois prochaines heures se dérouleront de la façon suivante:

Questionnaire IDLRS	environ 20-30 minutes
Questionnaire à questions ouvertes sur la pratique professionnelle	25 minutes
Pause-santé	10 minutes
Questionnaire à questions ouvertes sur son projet de formation continue	15 minutes
Situation du soins infirmiers	60 minutes
Pause-santé	10 minutes
Grille d'identification	30 minutes
Questionnaire socio-économique	5 minutes

Discussion sur le processus

Merci beaucoup de votre collaboration!

APPENDICE B

Validation: Etude préliminaire.

1. Critères de correction.
2. Grille de validation des critères de correction.
3. Compilation des résultats des 3 juges.
4. Résultats: analyse statistique.

   - Test "Mann Whitney U".
   - Test "Chi carré".

CRITERES DE CORRECTION REVISES

QUESTIONNAIRES 2-3-4

MARS 1984

QUESTIONNAIRE # 2: L'INFIRMIER-IERE ET SA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

But du questionnaire: Vérifier le niveau d'acquis théoriques réels et établir un coefficient de consistance avec les résultats obtenus sur la grille d'identification et sur la situation de soins infirmiers (H_2)

QUESTION I: Expliquez brièvement votre vision d'un client en soins infirmiers?

1. But de la question: Evaluer les connaissances théoriques relatives à la norme du modèle conceptuel, plus particulièrement la conceptualisation claire du client par l'infirmière (norme 1 critère 2).

2. Réponse adéquate: Un client est un être bio-psycho-social, lequel sous-entend les dimensions spirituelle, intellectuelle, physique, culturelle et environnementale. Cet être ayant la capacité de se fixer des objectifs et de prendre des décisions de même que le droit et la responsabilité de faire des choix avisés en conformité avec ses idées et ses valeurs propres.

OU

selon les différents modèles:

Henderson	Johnson	Orem	Roy
un tout, être complet et indépendant ayant 14 besoins fondamentaux: respirer boire et manger bouger et garder une position dormir et se reposer s'habiller et se déshabiller conserver une température du corps rester propre	système comportemental composé de 8 sous-systèmes: affiliation accomplissement dépendance agressivité élimination ingestion rétablissement sexe	unité pouvant être perçue comme fonctionnant biologiquement, symboliquement et socialement qui entreprend ainsi que réalise des activités d'autonomie de soins de sa part pour maintenir vie, santé et bien-être*: *l'air l'eau l'alimentation	être bio-psycho-social en constante interaction avec son environnement et ayant 4 modes d'adaptation besoins physiologiques image de soi fonction du rôle interdépendance

3. Éléments de la réponse:

1. vision globale (être bio-psycho-social; un tout, être complet et indépendant; système comportemental; unité pouvant être perçue comme fonctionnant biologiquement, symboliquement et socialement, etc...)

2. reconnaissance de la capacité du client à pouvoir s'impliquer dans sa démarche de santé (ayant la capacité de se fixer des objectifs et de prendre des décisions, le droit et la responsabilité de faire des choix avisés; ayant besoin de communiquer, de valoriser, de travailler, d'apprendre comme être complet et indépendant; composé de sous-systèmes d'accomplissement, de rétablissement; qui entreprend et réalise des activités d'autonomie de soins de sa part pour maintenir vie, santé et bien-être; ayant 4 modes d'adaptation: besoins physiologiques, image de soi, fonction du rôle, interdépendance; etc...)

4. Répartition des points: 20 points/100 points

Un maximum de 10 points est alloué pour chaque élément selon les possibilités suivantes:

3 points: mention de l'élément

ou

7 points: mention de l'élément avec l'intégration partielle d'un modèle conceptuel

ou

10 points: mention de l'élément avec l'intégration complète d'un modèle conceptuel.

QUESTION 2: Nommez seulement les étapes de la démarche scientifique en soins infirmiers.

1. But de la question: Evaluer les connaissances théoriques relatives à la norme de la démarche scientifique comme méthode de travail.

2. Réponse adéquate: 1- La cueillette des données
2- L'analyse des données
3- La planification de l'intervention
4- L'exécution de l'intervention
5- L'évaluation

3. Eléments de la réponse: Les 5 étapes de la démarche scientifique.

4. Répartition des points: 10 points/100 points

2 points par étape bien identifiée.

QUESTION 3: Quand, d'après-vous, doit-on faire la cueillette de données chez un client en soins infirmiers? Expliquez brièvement.

1. But de la question: Evaluer les connaissances théoriques relatives à la norme de la démarche scientifique plus particulièrement la collecte des données.

2. Réponse adéquate: L'infirmière recueille les données de façon systématique, c'est à dire à l'arrivée du client à l'hôpital, de façon à pouvoir planifier des soins appropriés; elle recueille les données continuellement afin d'adapter sa planification des soins à la situation du client.

3. Eléments de la réponse:

   1. Moments de la cueillette (à l'arrivée du client à l'hôpital et continuellement)

   2. Explications (pour planifier des soins appropriés et afin d'adapter continuellement sa planification des soins à la situation du client.

4. Répartition des points: 10 points/100 points

   3 points pour chaque moment de la cueillette bien identifié (élément 1)

   2 points pour chaque explication appropriée (élément 2)

QUESTION 4: Décrivez brièvement ce qui, pour vous, caractérise les rapports client/infirmière dans la pratique des soins infirmiers.

1. But de la question: Evaluer les connaissances théoriques relatives à la norme de la relation d'aide.

2. Réponse adéquate: Les rapports client/infirmière se caractérisent par la relation d'aide laquelle sous-entend les qualités suivantes: compréhension, acceptation, participation du client et expérience significative. Cette préoccupation se retrouve à toutes les étapes de la relation, c'est à dire dans l'établissement de la relation, dans le maintien de la relation et à la fin de la relation.

3. Eléments de la réponse:

   1. relation d'aide
   2. qualités sous-entendues: compréhension, acceptation, participation du client, expérience significative
   3. étapes de la relation d'aide: établissement, maintien et fin de la relation.

4. Répartition des points: 20 points/100 points

   10 points: élément 1

   4 points: élément 2 (1 point par qualité)

   6 points: élément 3 (2 points par étape)

QUESTION 5: En vous référant aux exigences de la pratique professionnelle énoncez brièvement sur quoi est basé le choix des interventions en soins infirmiers.

1. But de la question: Evaluer l'utilisation que fait l'infirmière des connaissances théoriques relatives aux normes actuelles de la pratique infirmière dans le choix de ses interventions.
2. Réponse adéquate:

1) Le choix des interventions se fait à partir:
   - du modèle conceptuel adopté
   - des premières étapes de la démarche scientifique
   - de la relation d'aide avec le client
   - des responsabilités professionnelles (plan interdisciplinaire)

ou plus précisément

2) Le choix des interventions est basé sur l'identification de la ou des sources de difficulté, à l'aide de la cueillette des données, l'analyse et l'interprétation des données. Il se fait aussi en fonction du centre des modes d'intervention possibles et des conséquences anticipées.

3. Eléments de la réponse

1. Modèle conceptuel
2. Les premières étapes de la démarche scientifique
3. Relation d'aide (collaboration du client)
4. Responsabilités professionnelles (plan interdisciplinaire)
5. Source(s) de difficulté.
6. Modes d'intervention
7. Centre
8. Conséquences

4. Répartition des points: 20 points/100 points

5 points par élément bien identifié et 2 points pour chaque élément identifié partiellement jusqu'à un maximum de 20 points.

QUESTION 6: Nommez, avec un bref exemple à l'appui, en quoi consistent les trois types de responsabilités professionnelles de l'infirmière.

1. But de la question: Evaluer les connaissances théoriques relatives à la norme des responsabilités professionnelles.

2. Réponse adéquate:Les trois types de responsabilités professionnelles sont les suivantes:

1- Les responsabilités légales relatives aux statuts et aux politiques applicables à la profession et au milieu de travail.

Exemples: 1.1 observe dans son travail les lois qui régissent sa profession ou influent sur elle.

ou

1.2 s'en tient, dans l'exercice de sa profession, à ce que la loi reconnaît comme le domaine d'activité propre à celle-ci.

ou

1.3 respecte les procédures juridiques établies pour la tenue des dossiers, l'obtention de permissions, l'identification des clients, l'usage des drogues contrôlées et le rapport d'incidents inhabituels.

ou

1.4 signale à l'autorité compétente toute pratique dangereuse ou toute mauvaise conduite professionnelle d'autres membres du personnel infirmier.

ou

1.5 connaît les conséquences qui découlent de l'autorisation ou du droit d'exercer des infirmières.

ou

1.6 travaille à ce que soient apportés à la législation les changements nécessaires.

ou

1.7 fait preuve de jugement dans l'application des régimes prescrits par le médecin.

ou

1.8 est responsable en tout temps de ses actes.

2- Les responsabilités éthiques relatives au code de déontologie de la profession.

Exemples:2.1 protège les droits de la personne tels que respect du caractère confidentiel des renseignements, droit à l'intimité, aux croyances, à certaines valeurs.

ou

2.2 réunit en sa personne les qualités inséparables de l'ouverture à autrui.

ou

2.3 signale aux personnes compétentes les pratiques dangereuses des autres travailleurs de la santé.

ou 2.4 maintient un niveau de pratique infirmière et de comportements professionnels tel que décrit par son milieu de travail, ainsi que par les associations nationale et provinciale d'infirmières.

ou 2.5 cherche constamment des possibilités de perfectionnement professionnel.

3. Les responsabilités de collaboration relatives à l'équipe de santé.

Exemples: 3.1 utilise les moyens de communications appropriés.

ou 3.2 collabore avec les autres membres de l'équipe de santé à toutes les étapes de la démarche scientifique.

ou 3.3 coordonne les soins infirmiers avec les soins dispensés par les autres travailleurs de domaines directement liés à la santé ou de domaines connexes.

3. Eléments de réponse:

1. Types de responsabilités (légales , éthiques et de collaboration)
2. Exemples pour chaque type de responsabilités (voir exemples ci-dessus)

4. Répartition des points: 20 points/100 points

4 points pour chaque type de responsabilité bien identifié

3 points pour chaque exemple approprié jusqu'à un maximum de 8 points.

QUESTIONNAIRE # 3: L'INFIRMIER-ERE ET SON PROJET DE FORMATION CONTINUE

But du questionnaire: Evaluer le niveau de prise en charge de son projet de formation continue (H_1).

QUESTION 1: Quels sont vos cinq principaux problèmes que vous rencontrez dans vos soins infirmiers?

1. But de la question: Evaluer le niveau de prise de conscience des problèmes vécus dans sa pratique professionnelle.

2. Exemple de réponse adéquate:

   1. Insuffisance de connaissance et d'habileté face aux besoins psycho-sociaux du client.
   2. Difficulté dans l'interprétation d'un électrocardiogramme.
   3. Problème d'anxiété dans une situation d'urgence.

3. Eléments de réponse:

   1. Identification d'un domaine problématique directement lié aux soins infirmiers (besoins-psycho-sociaux; les techniques de soin, ex.: l'électrocardiogramme; situation d'urgence; etc...)
   2. Identification d'un élément problématique vécu (connaissance, habileté; interprétation; anxiété; etc...)
   3. Langage utilisé en terme de problème (insuffisance; difficulté; problème; conflit; résistance; obstacle; complication; etc...).

4. Répartitions des points: 25 points/100 points

   Pour chaque problème identifié il y a un maximum de 5 points alloués, lesquels sont répartis de la façon suivante: 2 points pour l'élément 1
   1 points pour l'élément 2
   2 point pour l'élément 3

   N.B.: Si le sujet n'a pas identifié l'élément 1 correctement pour un problème donné il perd automatiquement les points des éléments suivants pour ce problème.

QUESTION 2: Quels sont vos cinq besoins prioritaires de formation en ce début de votre programme d'études?

1. But de la question: Evaluer la capacité d'identifier ses besoins de formation.

2. Exemples de réponse adéquate:

   1. Besoin de connaissances et d'habiletés supplémentaires dans le domaine des besoins psycho-sociaux du client.
   2. Besoin d'apprendre et pratiquer l'interprétation de l'électrocardiogramme.
   3. Besoin de prendre de l'assurance dans les situations d'urgence.

3. Eléments de réponse

   1. Identification d'un domaine de besoin lié à la formation en soins infirmiers cliniques (besoins psycho-sociaux du client; électrocardiogramme; situation d'urgence; etc...)
   2. Identification d'un élément de solution (connaissances, habiletés supplémentaires; apprendre et pratiquer; prendre de l'assurance, etc...)
   3. Langage utilisé en terme de besoin (importance, intérêt, etc...)

4. Répartition des points: 25 points

   Pour chaque besoin identifié il y a un maximum de 5 points alloués, lesquels sont répartis de la façon suivante:

   2 point pour l'élément 1

   1 points pour l'élément 2

   2 point pour l'élément 3

N.B.: Si le sujet n'a pas identifié l'élément 1 correctement pour un besoin donné il perd automatiquement les points des éléments suivants pour ce besoin.

QUESTION 3: Quels sont vos cinq principaux objectifs que vous poursuivez dans votre programme de formation en cours?

1. But de la question: Evaluer la capacité d'identifier les objectifs de formation découlant des besoins de formation identifiés.

2. Exemples de réponse adéquate:

   1. Identifier et transiger de façon adéquate avec les divers besoins psycho-sociaux du client.

   2. Interpréter avec facilité l'électrocardiogramme.

   3. Fonctionner correctement dans les situations d'urgence.

3. Eléments de la réponse

   1. Identification d'un domaine d'objectif lié au programme de formation en cours (besoins psych-sociaux; électrocardiogramme; situations d'urgence; etc...)

   2. Identification d'objectif en terme de degré de réussite attendu (façon adéquate; avec facilité; correctement; être capable de...; être habile à...; etc...)

   3. Langage utilisé en terme d'objectif, c'est-à-dire utiliser un verbe d'action (identifier, transiger; interpréter; fonctionner; etc...)

   4. Articulation logique entre les besoins de formation et les objectifs de formation identifiés.

4. Répartition des points:

   Pour chaque objectif identifié il y a un maximum de 5 points alloués, lesquels sont répartis de la façon suivante:

   1 point pour l'élément 1
   1 point pour l'élément 2
   1 points pour l'élément 3
   2 point pour l'élément 4

N.B.: Si le sujet n'a pas identifié l'élément 1 correctement pour un objectif donné, il perd automatiquement les points des éléments suivants pour cet objectif.

QUESTION 4: Nommez cinq moyens, (activités, cours, ressources, etc...) que vous prévoyez utiliser pour répondre à vos besoins de formation durant votre programme universitaire actuel.

1. But de la question: Evaluer la capacité d'identifier les moyens pour répondre aux objectifs de formation identifiés.

2. Exemples de réponse adéquate:

   1. Prendre un cours sur la communication (relation d'aide).
   2. Dans un de mes cours faire une recherche théorique sur l'interprétation de l'électrocardiogramme.
   3. Suivre le cours sur les soins infirmiers en urgence et situations de crise.

3. Eléments de réponse

   1. Identification d'un moyen lié à la formation en soins infirmiers à l'intérieur ou à l'extérieur du programme (cours en soins infirmiers dans le programme, personne ressource dans son milieu de travail; etc.)
   2. Description du moyen identifié (cours communication/relation d'aide; recherche théorique sur l'interprétation; cours sur les besoins infirmiers en urgence et situations de crise, etc...)
   3. Langage utilisé en terme de moyen (cours; recherche; activités; personnes ressources; stage; etc...)
   4. Articulation logique entre les objectifs et les moyens identifiés.

4. Répartition des points: 25 points

Pour chaque moyen identifié il y a un maximum de 5 points alloués, lesquels sont répartis de la façon suivante:

1 point pour l'élément 1
1 points pour l'élément 2
1 point pour l'élément 3
2 point pour l'élément 4

N.B.: Si le sujet n'a pas identifié l'élément 1 correctement pour un moyen donné, il perd automatiquement les points des éléments suivants pour ce moyen.

QUESTIONNAIRE 4: SITUATION DE SOINS INFIRMIERS

But du questionnaire: Evaluer la capacité qu'a l'infirmière de faire appel à l'ensemble des normes de la pratique infirmière dans l'élaboration d'un plan de soins à partir d'une étude de cas.

1. Réponse adéquate:

Voir feuilles suivantes: priorités de soins, objectifs, interventions et résultats. (pages: 19-20-21-22)

2. Eléments de réponse:

2.1 Modèle conceptuel

2.1.1 Langage utilisé selon un modèle conceptuel pour décrire les priorités de soins infirmiers (besoins; auto-soins; sous-systèmes; adaptation).

2.1,2 Langage précis en terme des priorités (confort, communication, sécurité psychologique; activité et repos, risque de la vie et le bien être, la solitude de l'interaction sociale; besoins physiologiques, image de soi et fonction des rôles, interdépendance; rétablissement, dépendance et accomplissement).

Répartition des points: 15 points/100 points

Pour chaque priorité identifiée un maximum de 5 points est alloué de la façon suivante:

3 points pour l'élément 2.1.1
2 points pour l'élément 2.1.2

2.2 Relation d'aide

2.2.1 Identification de la relation d'aide avec la cliente en terme de priorité, objectif, intervention et résultats.

2.2.2 Identification de la relation d'aide avec les parents en terme de priorité, objectif, intervention et résultats.

Répartition des points: 15 points/100 points

10 points sont alloués pour l'élément 2.2.1 bien identifié à toutes les étapes (priorité-objectif-intervention et résultats). Dans le cas où l'élément est mentionné seulement dans certaines étapes alors 5 points seulement sont donnés.

5 points sont allouJs pour l'élément 2.2.2 bien identifié à toutes les étapes. Dans le cas où il est mentionné seulement dans certaines étapes alors 2 points seulement sont donnés.

2.3 Responsabilités professionnelles

2.3.1 Mention au niveau des priorités du besoin des parents d'être informés sur l'état de santé de leur fille.

2.3.2 Mention au niveau des objectifs que les parents soient informés sur l'état de santé de leur fille.

2.3.3 Mention au niveau des interventions d'informer les parents et leur permettre de rencontrer le médecin.

2.3.4 Mention au niveau des résultats que les parents ont vu le médecin et sont informés.

Répartition des points: 15 points/100 points

4 points (par élément) sont alloués pour les éléments 2.3.1 et 2.3.2 bien identifiés; pour les éléments 2.3.3 et 2.3.4 les points sont répartis de la façon suivante:

2.3.3: 2 points pour mention d'informer les parents
2 points pour mention de l'introduction des parents auprès du médecin

2.3.4: 2 points pour mention que les parents sont informés
2 points pour mention que les parents ont rencontré le médecin.

2.4 Démarche scientifique

2.4.1 Identification des 3 priorités de façon adéquate et dans le bon ordre.

2.4.2 Identification des objectifs de façon adéquate accompagnés d'un échéancier approprié.

2.4.3 Identification des interventions de façon adéquate.

2.4.4 Identification des résultats de façon adéquate accompagnés de la date et l'heure.

2.4.5 Articulation logique entre les étapes de la démarche scientifique.

Répartition des points: 55 points/100 points

- Priorités: 3 points sont alloués pour chaque priorité bien identifiée et 1 point pour le bon ordre. Si le langage est inadéquat alors 1 point seulement est alloué pour chaque priorité.

- Objectifs: 3 points sont alloués pour chaque objectif bien identifié (en terme du client et non de l'infirmière) et 1 point est alloué pour la mention des 3 échéanciers. Si le langage est inadéquat alors 1 point seulement est alloué pour chaque objectif.

- Interventions: 3 points sont alloués pour chaque intervention bien identifiée et 1 point de bonis pour l'identification adéquate des 3 interventions. Si le langage est inadéquat alors 1 point seulement est alloué pour chaque intervention.

- Résultats: 3 points sont alloués pour chaque résultat bien identifié et 1 point pour la mention des dates et heures. Si le langage est inadéquat alors 1 point seulement est alloué pour chaque résultat.

- Articulation logique: 5 points maximum sont alloués pour chaque priorité, ceux-ci sont répartis de la façon suivante:

  1 point pour la logique entre priorité et objectif
  1 point pour la logique entre objectif et intervention
  1 point pour la logique entre objectif et résultat
  2 points pour la cohérence systématique entre les quatre étapes.

1.1 Réponse adéquate: **PRIORITES DE SOINS**

HENDERSON :
1- Besoin de confort (bouger et garder une position)
2- Besoin de communication
3- Besoin de sécurité psychologique (éviter le danger)

JOHNSON :
1- Sous-système de rétablissement (confort physique du cou)
2- Sous-système de dépendance (rassurer la cliente)
3- Sous-système de dépendance et d'accomplissement (rassurer les parents et leur donner les informations nécessaires.

OREM :
1- Auto soins par rapport à l'activité et le repos
2- Auto soins par rapport au risque de la vie et le bien-être
3- Auto-soins par rapport à la solitude et l'interaction sociale

ROY :
1- Adaptation au mode: besoins physiologiques
2- Adaptation aux modes: image de soi et fonction du rôle
3- Adaptation au mode: interdépendance

1.2 Réponse adéquate: OBJECTIFS (BUTS) — ECHEANCIER

1- Que le client soit immobilisé de façon confortable (qu'elle n'est plus de douleur ou moins de douleur au cou) — 3.15 min.

2- Que la cliente soit rassurée face à sa condition (qu'elle ne pleure plus, qu'elle soit calme, qu'elle soit informée en général - condition physique - l'arrivée de ses parents) — 4. heures

3- Que les parents soient informés et rassurés sur l'état de leur enfant et sur le diagnostic (qu'ils soient calmes, informés et disposés à collaborer). — 4 heures

1.3 Réponse adéquate: **INTERVENTIONS**

1- Immobilisation complète du cou avec des sacs de sable.
Soins de confort appropriés (friction, massage, oreiller de support si nécessaire).

2- Expliquer le processus de diagnostic (radiographies, etc...). L'informer sur l'ensemble de sa condition en mettant l'accent sur les points positifs (signes vitaux stables, état de conscience, etc...). L'informer de la venue prochaine de ses parents.

3- Informer les parents sur le déroulement des activités de diagnostic et l'état de santé de leur fille.
Les introduire auprès du médecin afin de connaître le diagnostic et le prognostic.

1.4 Réponse adéquate: RESULTATS (SUCCES OBTENUS)

DATE ET HEURE	
1- 4 heures	La cliente est immobile et confortable. Elle dit avoir moins de douleur.
2- 4 heures	La cliente ne pleure plus, parle calmement avec ses parents et a sommeil.
3- 4.30 heures	Les parents ont été informés par le médecin des résultats négatifs de la radiographie. Ils sont rassurés. Ils passent quelque temps avec leur fille avant de rentrer chez eux.

GRILLE D'EVALUATION DU PLAN DE SOINS

MODELE CONCEPTUEL											
CANDIDAT NO.	PRIORITES					OBJECTIFS					
	CONFORT PHYSIQUE	IMMOBILISATION	SECURITE CLIENTE	INFORMATION AUX PARENTS	SECURITE PSYCHOLOGIQUE DES PARENTS	CLIENTE CONFORTABLE	CLIENT IMMOBILISE	CLIENTE SOIT RASSURE	PARENTS INFORMES	PARENTS RASSURES	

REPONSE SCIENTIFIQUE - PRESENCE OU ABSENCE DES ELEMENTS

SUJET NO.	PRIORITES	OBJECTIFS	ECOUTE ACTIVE	INTERVENTIONS	RESULTATS	DATE/HEURE
	Confort physique	Que la client soit confortable		Soins de confort	Les parents sont informés	
	Immobilisation	Immobilisation		Immobilisation	Les parents sont rassurés	
	SECURITE CLIENTE	CLIENTE SOIT RASSURE		INFORMATION ET RELATION D'AIDE A LA CLIENTE	CLIENTE EST CALME ET RASSURE	
	Information aux parents	Que les parents soient informés		Relation d'aide aux parents	La cliente est plus confortable	
	SECURITE PSYCHOLOGIQUE des parents	Que les parents soient rassurés		Information aux parents	La cliente est relaxée	
				INTRODUCTION ESPACE du médecin		

Property of Stanley Bastable

DEMARCHE SCIENTIFIQUE - IDENTIFICATION ADEQUATE DES ELEMENTS

INDIVIDU NO.	PRIORITES					OBJECTIFS				VARIABLES			INTERVENTIONS				RESULTATS				DATE/HEURE			
	Confort physique	Immobilisation	SECURITE CLIENTE	Information aux parents	Sécurité psychologique des parents	Que la client soit confortable	Que la cliente soit immobilisée	CLIENTE SOIT RASSURE	Que les parents soient informés	Que les parents soient rassurés				Soins de confort	Immobilisation	INFORMATION ET RELATION D'AIDE A LA CLIENTE	Relation d'aide aux parents	Information aux parents	Information auprès du médecin	La cliente est plus confortable	La cliente est immobilisée	CLIENTE EST CALME ET RASSUREE	Les parents sont informés	Les parents sont rassurés				

DEMARCHE SCIENTIFIQUE - ARTICULATION LOGIQUE

CANDIDAT NO	PRIORITES/OBJECTIFS					OBJECTIFS / INTERVENTIONS				OBJECTIFS/RESULTATS					PRIO. / OBJEC. / INTER. / RESUL.			
	Confort physique/ cliente confortable	Immobilisation/ cliente immobilisée	SECURITE CLIENTE / QUE LA CLIENTE SOIT RASSUREE	Information parents/ parents informés	Sécurité parents/ parents rassurés	Cliente confortable/ soins de confort	Cliente immobilisée/ immobilisation	CLIENTE SOIT RASSUREE / INFORMATION ET RELATION D'AIDE	Parents rassurés/ relation d'aide	Parents informés/ information	Cliente confortable/ cliente moins douleur	Cliente immobilisée/ cliente ne bouge pas	CLIENTE SOIT RASSUREE / CLIENTE EST CALME ET RASSUREE	Parents informés/ parents informés	Parents rassurés/ parents calmes, collaborant	Confort physique/ cliente moins douleur	Immobilisation/ cliente ne bouge pas	SECURITE DE LA CLIENTE / CLIENTE RASSUREE	Information parents/ parents informés Sécurité des parents /parents rassurés,

RELATION D'AIDE - CLIENTE - PARENTS								
CANDIDAT NO.	PRIORITES		OBJECTIFS		INTERVENTIONS		RESULTATS	
	SECURITE PSYCHOLOGIQUE DE LA CLIENTE	SECURITE PSYCHOLOGIQUE DES PARENTS	QUE LA CLIENTE SOIT RASSUREE	QUE LES PARENTS SOIENT RASSURES	INFORMATION ET RELATION D'AIDE AUPRES DE LA CLIENTE	RELATION D'AIDE AUX PARENTS	CLIENTE EST CALME ET RASSURE	LES PARENTS SONT RASSURES

RESPONSABILITES PROFESSIONNELLES					
CANDIDAT NO.	PRIORITES	OBJECTIFS	INTERVENTIONS		RESULTATS
	INFORMATION SUR L'ETAT DE SANTE AUX PARENTS	QUE LES PARENTS SOIENT INFORMES	INFORMER LES PARENTS	INTRODUCTION AUPRES DU MEDECIN	LES PARENTS SONT INFORMES

GRILLE DE VALIDATION DES CRITERES DE CORRECTION

Directives: Evaluez le niveau de représentativité de chaque critère en encerclant le chiffre correspondant d'après l'échelle suivante:

Echelle :
1- Aucunement représentatif
2- En grande partie pas représentatif
3- Moyennement représentatif
4- En grande partie représentatif
5- Entièrement représentatif

N.B.: Si suite à votre évaluation vous avez des commentaires à formuler un espace est réservé à cette fin après chaque critère.

QUESTIONNAIRE 2: L'INFIRMIER-ERE ET SA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

QUESTION 1. CRITERES:

	1	2	3	4	5
Réponse idéale	1	2	3	4	5
Eléments de la réponse	1	2	3	4	5
Répartition des points	1	2	3	4	5

QUESTION 2. CRITERES:

Réponse idéale	1	2	3	4	5
Eléments de la réponse	1	2	3	4	5
Répartition des points	1	2	3	4	5

QUESTION 3. CRITERES:

Réponse idéale	1	2	3	4	5
Eléments de la réponse	1	2	3	4	5
Répartition des points	1	2	3	4	5

QUESTION 4. CRITERES:

Réponse idéale	1	2	3	4	5
Eléments de la réponse	1	2	3	4	5
Répartition des points	1	2	3	4	5

QUESTION 5. CRITERES:

Réponse idéale	1	2	3	4	5
Eléments de la réponse	1	2	3	4	5
Répartition des points	1	2	3	4	5

QUESTION 6. CRITERES

Réponse idéale	1	2	3	4	5
Eléments de la réponse	1	2	3	4	5
Répartition des points	1	2	3	4	5

QUESTIONNAIRE 2: L'INFIRMIERE-ERE ET SON PROJET DE FORMATION CONTINUE

QUESTION 1. CRITERES:

	1	2	3	4	
Réponse idéale	1	2	3	4	
Eléments de la réponse	1	2	3	4	
Répartition des points	1	2	3	4	

QUESTION 2. CRITERES:

Réponse idéale	1	2	3	4	
Eléments de la réponse	1	2	3	4	
Répartition des points	1	2	3	4	

QUESTION 3. CRITERES:

Réponse idéale	1	2	3	4	
Eléments de la réponse	1	2	3	4	
Répartition des points	1	2	3	4	

QUESTION 4. CRITERES:

Réponse idéale	1	2	3	4	
Eléments de la réponse	1	2	3	4	
Répartition des points	1	2	3	4	

QUESTIONNAIRE 4: SITUATION DE SOINS INFIRMIERS

	1	2	3	4	5
MODELE CONCEPTUEL, CRITERES:					
Réponse idéale	1	2	3	4	5
Eléments de la réponse	1	2	3	4	5
Répartition des points	1	2	3	4	5
RELATION D'AIDE, CRITERES:					
Réponse idéale	1	2	3	4	5
Eléments de la réponse	1	2	3	4	5
Répartition des points	1	2	3	4	5
RESPONSABILITES PROFESSIONNELLES, CRITERES:					
Réponse idéale	1	2	3	4	5
Eléments de la réponse	1	2	3	4	5
Répartition des points	1	2	3	4	5
DEMARCHE SCIENTIFIQUE, CRITERES:					
Réponse idéale	1	2	3	4	5
Eléments de la réponse	1	2	3	4	5
Répartition des points	1	2	3	4	5

Compilation des résultats des 3 juges sur la grille de validation des critères de correction.

QUESTIONNAIRE # 2: L'infirmier-ère et sa pratique professionnelle

Question 1

A- Réponse idéale: 5, 4, 4

Commentaires:
- 2 buts dans "but de la question"
- j'ajouterais un synonyme à vision entre parenthèses pour préciser le terme - au cas où la personne ne saisit pas le sens de vision au temps 1.

B- Eléments de la réponse: 4, 4, 4

Commentaires:
- L'étudiante peut avoir une conception de l'homme reliée à ses apprentissages en philo.
- Possibilité de plusieurs choix de valeurs.

C- Répartition des points: 4, 4, 4

Commentaires:
- L'inscription partielle peut être sujette à interprétation
- si non intégration d'un modèle... et vision globale de l'homme?

Question 2

A- Réponse idéale: 5, 3, 2

Commentaires:
- Nommez les cinq étapes n'apparaît pas à mon avis un indicateur valable pour évaluer les connaissances théoriques de la démarche scientifique.
- Yura et Walsh en nomment 4 - Voir "The Nursing Process: assessing, planning, implementing, evaluating.

B- Eléments de la réponse: 5, 3, 2

Commentaires:
- Marwines, A. "The Nursing Process: assessment, planing, implementation, evaluation.

C- Répartition des points: 4, 3, 2

Commentaires:
- J'ajouterais des points pour l'ordre de présentation des éléments.
- Et s'il y a 4 étapes? Qu'allez-vous faire s'il arrive que l'ordre des étapes est intervertie? Surtout au temps 1; au temps 2, elle a reçu l'enseignement, elle pourrait nommer 5 étapes.

Question 3

A- Réponse idéale: 2, 2, 2

Commentaires:
- Question par référence au but?
  Rediagnostiquer les soins: diagnostic nursing?
  Analyse et interprétation ne revoit pas.
- But de la question: connaissances théoriques relatives à la collecte des données;
  serait-il préférable de demander "pourquoi une collecte des données?"
  Rediagnostiquer les objectifs de soins...
- Après que le médecin a fait son histoire de cas___?

B- Eléments de la réponse: 2, 2, 2

Commentaires:
- Serait-il préférable que soient identifiés les moyens/ les techniques pour rediagnostiquer?
- Mettre un synonyme pour collecte des données entre parenthèses, pour faciliter la compréhension de collecte des données surtout au temps 1.

C- Répartition des points: 2, 2, 2

Commentaires:
- Des points ne sont pas alloués à l'analyse et à l'interprétation des données; le diagnostic nursing/le problème du bénéficiaire est très important à cette étape-ci.
- Comment peux-tu dire que la norme est atteinte?
  2. analyse? interprétation?
  3. planification
  4. exécution
  5. évaluation

Question 4

A- Réponse idéale: 3, 3, 3

Commentaires:
- Il y a d'autres éléments
- Le but de la question est la relation d'aide et la question est centrée sur la communication. Le langage non-verbal.
- Idéale pour élément et 3 seulement. Celles que vous énumérez ne sont pas mutuellement exclusives. D'autres pourraient être ajoutées: empathie, affection, la mutualité, etc.

B- Éléments de la réponse: 3, 3, 3

- La question ne va pas chercher ces éléments.
- Voir Sandeur et al. Nurse-client interaction Implementing the nursing process.

C- Répartition des points: 3, 3, 3

Commentaires:
- Décrivez brièvement - n'inclus pas recevoir les éléments en les étapes.

Question 5

A- Réponse idéale: 2, 2, 3

Commentaires:
- Question ne semble pas répondre au but? ensemble des normes.
  ? Collaboration du bénéficiaire.
- But de la question à mon avis beaucoup trop large. But poursuivi...? priorités identifiées suite à l'interprétation des données.
  * son expérience clinique, ses connaissances scientifiques.
- Il faudrait leur dire dans la question que la réponse doit comporter 5 éléments.

B- Eléments de la réponse: 2, 3, 3

Commentaires:
- ? le bénéficiaire
- Le choix des interventions fait partie de la démarche
- * Non acceptable d. scientifique, parce que les interventions sont incluses, c'est la quatrième étape...
- Vous aurez plusieurs réponses autres convenables comme: à partir d'une méthode de résolution de problèmes, etc.

C- Répartition des points: 2, 2, 3

Commentaires:
- Les éléments n'ont pas tous la même valeur.
- "Quoi"? spécifiez -

Question 6

A- Réponse idéale: 2, 3, 3

Commentaires:
- Trois types de responsabilités professionnelles? Juridique? est-ce le bon terme?
  1.5 enlever l'aut.
  Appliquer le code de déontologie de sa c rporation professionnelle, elle n'a pas le choix
- Pas seulement 3 types de responsabilités?
  Vous demandez des exemples dans la question et vous voulez évaluer les connaissances théoriques: but de la question.

B- Eléments de la réponse: 2, 3, 3

Commentaires:
- élément 2 à préciser
- responsabilités juridiques: actes autorisés et délégués?

C- Répartition des points: 2, 3, 3

Commentaires:
- 2 points = responsabilité + 2pts exemple pour chaque type? total: 12 points.
- 3 points pour chaque ensemble de n'importe quelle catégorie pour au moins 1 dans chacune catégorie?
- Ridicité versus les normes de l'AIIC textuelle. Si l'infirmière du Québec utilise les normes de l'OIIQ elle va perdre des points...

QUESTIONNAIRE # 3: L'infirmier-ère et son projet de formation continu

Question 1

A- Réponse idéale: 2, 2, —

Commentaires:
- Y-a-t-il une réponse idéale?
- But de la question: prise en charge de l'étudiant; peut-elle alors être évaluée par des problèmes? Dém. scient. - 1 Plan soins - Rel. d'aide.
- L'exercice de votre profession au lieu de "dans vos soins infirmiers"

B- Eléments de la réponse: 2, 2, 3

Commentaires:
- Peuvent être différents: connaissance et 3 habiletés X
- Elément 1 O.K., Elément 3 O.K. ⟶ plus de points

C- Répartition des points: 1, 2, 3

Commentaires:
- Il ne me semble pas utile de donner des points à cette question.
- 3 du même domaine, recevront-ils chacun 2 pts. Si elle dit: "Je ne suis pas capable de..." Est-ce le juge ou le correcteur qui interprète le manque de connaissance, d'habileté, etc.

Question 2

A- Réponse idéale: 2, 2, 3

Commentaires:
- La question ne réfère pas nécessairement aux problèmes cliniques et la réponse s'y réfère.
- Cette question "besoins" à mon avis, devrait précéder la question 1.
- Les domaines psycho-sociaux sont globalisant. N'importe quel besoin peut être placé là.

B- Eléments de la réponse: 2, 2, 3

Commentaires:
- Pas nécessairement prévisible avec la question.

C- Répartition des points: 2, 2, 3

Commentaires:
- L'élément 4 apparaît plus important
- L'élément 4 est directement lié au but de la question et il reçoit le moins de points.
- Ajouter à la question: par rapport aux problèmes identifiés en I. Le numéro 3 dans les éléments me paraît exagéré.

Question 3

A- Réponse idéale: 3, 3, 3

Commentaires:
- Question difficile à coter
  Elle n'a pas nécessairement les objectifs prévus (ses objectifs peuvent n'être que d'un ordre...)
- La question n'indique pas le lien entre les problèmes/besoins/objectifs comme le but le mentionne.
  Congruence entre le problème/le besoin/les objectifs?
- Articulation entre question 1 et 2,
  langage utilisé,
  différences des domaines.

B- Eléments de la réponse: 3, 3, 3

Commentaires:
- Certains éléments ne sont pas évaluables
- L'élément 4 est le plus important, le plus relié à la question 3

C- Répartition des points: 3, 2, 3

Commentaires:
- Elément 4 plus important
- plus de points à l'élément 4.

Question 4

A- Réponse idéale: 5, 5, 4

Commentaires: - Voir l'élément d'articulation entre les questions 1-2-3.

B- Eléments de la réponse: 5, 4, 5

Commentaires: ——

C- Répartition des points: 3, 2, 4

Commentaires: - Elément 4 plus important
- le 4e élément plus de points

QUESTIONNAIRE # 4: Commentaires

- Situation de soin n'évalue pas comportement infirmier.
  Il n'y a pas assez d'indices dans la question.
  Comment l'infirmière étudiante peut-elle prévoir en 3 étapes à moins que ce soit précisé.
  Réponses en général stéréotypées presque impossible à obtenir.

- Réviser le but de la question; à mon avis il ne s'agit pas de "comportements infirmière"
  Suggestion utiliser la situation clinique et faire répondre la candidate aux mêmes questions que le questionnaire 2.

- Quelles questions allez-vous poser pour obtenir les réponses que vous voulez?
  Pourquoi ne pas poser les mêmes questions du questionnaire "L'infirmière et sa pratique professionnelle" en l'appliquant à sa situation.

Commentaires généraux

(Monique)

- Difficultés en général avec la correction de style normatif et réponse idéale.
  Le type de question ne va pas nécessairement chercher les réponses mentionnées.
  Il n'y a pas toujours concordance entre le but de la question et la question telle que formulée.

(Marcelle)

- Enlever les réponses idéales.
  Le type de question structurée ne semble pas idéal pour évaluer des apprentissages expérientiels.
  Pour ce qui est de la relation d'aide d'autres réponses sont possibles.
  Dans la situation de soins, reprendre les questions sur la pratique professionnelle, suggestion pour la situation de soin: 10 éléments avec 2 correcteurs et comparer les résultats.

(Hélène)

- Le but et l'énoncé de la question ne correspondent pas.
  Dans la prise en charge, les problèmes et les besoins quel est l'ordre?
  Pour l'attitude aidante, les exemples de réponse dépendent de la formation.
  Elément 4 du questionnaire 3 plus important.
  La situation de soins évalue-t-elle des comportements infirmiers.

CALCUL DES MOYENNES

QUESTIONNAIRE 2

Question 1	a.	5,4,4	=	4.33
	b.	4,4,4	=	4
	c.	4,4,4	=	4
Question 2	a.	5,3,2	=	3.33
	b.	5,3,2	=	3.33
	c.	4,3,2	=	3
Question 3	a.	2,2,2	=	2
	b.	2,2,2	=	2
	c.	2,2,2	=	2
Question 4	a.	3,3,3	=	3
	b.	3,3,3	=	3
	c.	3,3,3	=	3
Question 5	a.	2,2,3	=	2.33
	b.	2,3,3	=	2.66
	c.	2,2,3	=	2.33
Question 6	a.	2,3,3	=	2.66
	b.	2,3,3	=	2.66
	c.	2,3,3	=	2.66

QUESTIONNAIRE 3

Question 1	a.	2,2,–	=	2
	b.	2,2,3	=	2.33
	c.	1,2,3	=	2
Question 2	a.	2,2,3	=	2.33
	b.	2,2,3	=	2.33
	c.	2,2,3	=	2.33
Question 3	a.	3,3,3	=	3
	b.	3,3,3	=	3
	c.	3,2,3	=	2.66
Question 4	a.	5,5,4	=	4.66
	b.	5,4,4	=	4.33
	c.	3,2,4	=	3

TABLEAU 9

RESULTATS: ETUDE PRELIMINAIRE (GROUPES 1-2) N1=7 N2=9

TEST "MANN WHITNEY U"

SDLRS - SELF DIRECTED LEARNING READINESS SCALE

GR = 1		GR = 2	
MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK	NUMBER
9.93	7	7.39	9

		EXACT	CORRECTED FOR TIES	
U	W	2 TAILED P	Z	2 TAILED P
21.5	69.5	.2991	1.0601	.2891

QUEST 2 - SCORE TOTAL QUEST 2

GR = 1		GR = 2	
MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK	NUMBER
11.07	7	6.50	9

		EXACT	CORRECTED FOR TIES	
U	W	2 TAILED P	Z	2 TAILED P
13.5	77.5	.0549	1.9067	.0566

2 MODELE CONCEPTUEL

GR = 1		GR = 2	
MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK	NUMBER
10.79	7	6.72	9

		EXACT	CORRECTED FOR TIES	
U	W	2 TAILED P	Z	2 TAILED P
15.5	75.5	.0707	1.7526	.0797

DSC 2 DEMARCHE SCIENTIFIQUE

GR = 1		GR = 2	
MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK	NUMBER
12.57	7	5.33	9

		EXACT	CORRECTED FOR TIES	
U	W	2 TAILED P	Z	2 TAILED P
3.0	88.0	.0012	3.1342	.0017

RA 2 RELATION D'AIDE

GR = 1		GR = 2	
MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK	NUMBER
7.57	7	9.22	9

		EXACT	CORRECTED FOR TIES	
U	W	2 TAILED P	Z	2 TAILED P
25.0	53.0	.5360	-.7114	.4768

RP 2 RESPONSABILITES PROFESSIONNELLES

GR = 1		GR = 2	
MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK	NUMBER
9.43	7	7.78	9

		EXACT	CORRECTED FOR TIES	
U	W	2 TAILED P	Z	2 TAILED P
25.0	66.0	.3360	.8402	.4008

NF 2 NORMES DE LA PRATIQUE

GR = 1		GR = 2	
MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK	NUMBER
6.21	7	10.28	9

		EXACT	CORRECTED FOR TIES	
U	W	2 TAILED P	Z	2 TAILED P
13.5	43.5	.0907	-1.7256	.0844

QUEST 3 SCORE TOTAL

GR = 1		GR = 2	
MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK	NUMBER
11.86	7	5.89	9

		EXACT	CORRECTED FOR TIES	
U	W	2 TAILED P	Z	2 TAILED P
8.0	83.0	.0115	2.5041	.0123

PROJ PROBLEMES

GR = 1		GR = 2	
MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK	NUMBER
11.57	7	6.11	9

		EXACT	CORRECTED FOR TIES	
U	W	2 TAILED P	Z	2 TAILED P
10.0	81.0	.0229	2.3776	.0174

DES 3 DESOINS

GR = 1		GR = 2	
MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK	NUMBER
10.07	7	7.28	9

		EXACT	CORRECTED FOR TIES	
U	W	2 TAILED P	Z	2 TAILED P
20.5	70.5	.2523	1.2854	.1987

OBJ 3 OBJECTIFS

MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK	NUMBER
11.79	7	5.94	9

		EXACT	CORRECTED FOR TIES	
U	W	2 TAILED P	Z	2 TAILED P
9.5	82.5	.0115	2.6115	.0090

MOY 3 MOYENS

GR = 1		GR = 2	
MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK	NUMBER
11.36	7	6.28	9

		EXACT	CORRECTED FOR TIES	
U	W	2 TAILED P	Z	2 TAILED P
11.5	79.5	.0311	2.1873	.0287

QUEST 4 SCORE TOTAL

GR = 1		GR = 2	
MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK	NUMBER
8.57	7	8.44	9

		EXACT	CORRECTED FOR TIES	
U	W	2 TAILED P	Z	2 TAILED P
31.0	60.0	1.0000	.0529	.9578

MC 4 MODELE CONCEPTUEL

GR = 1		GR = 2	
MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK	NUMBER
8.50	7	8.50	9

THIS TEST CANNOT BE PERFORMED ON EMPTY GROUPES OR WHEN THE DEPENDENT VARIABLE IS A CONSTANT.

DSC 4 DEMARCHE SCIENTIFIQUE

GR = 1		GR = 2	
MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK	NUMBER
8.79	7	8.28	9

U	W	EXACT 2 TAILED P	CORRECTED FOR TIES Z	2 TAILED P
29.5	61.5	.8371	.2120	.8321

RP 4 RESPONSABILITES PROFESSIONNELLES

GR = 1		GR = 2	
MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK	NUMBER
7.29	7	9.44	9

U	W	EXACT 2 TAILED P	CORRECTED FOR TIES Z	2 TAILED P
23.0	51.0	.4079	-.9950	.3197

RA 4 RELATION D'AIDE

MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK	NUMBER
8.79	7	8.28	9

		EXACT	CORRECTED FOR TIES	
U	W	2 TAILED P	Z	2 TAILED P
29.5	61.0	.8371	.2221	.8243

QUEST 5 SCORE TOTAL QUEST 5 ET QUEST 6

GR = 1		GR = 2	
MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK	NUMBER
8.93	7	8.17	9

		EXACT	CORRECTED FOR TIES	
U	W	2 TAILED P	Z	2 TAILED P
28.5	62.5	.7577	.3179	.7506

MC 5 MODELE CONCEPTUEL

GR = 1		GR = 2	
MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK	NUMBER
8.57	7	8.44	9

		EXACT	CORRECTED FOR TIES	
U	W	2 TAILED P	Z	2 TAILED P
31.0	60.0	1.0000	.0558	.9555

RA 6 RELATION D'AIDE

GR = 1		GR = 2	
MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK	NUMBER
8.21	7	8.72	9

U	W	EXACT 2 TAILED P	CORRECTED FOR TIES Z	2 TAILED P
29.5	57.5	.8371	-.2136	.8309

RP 6 HABILETES PROFESSIONNELLES

GR = 1		GR = 2	
MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK	NUMBER
7.29	7	9.44	9

U	W	EXACT 2 TAILED P	CORRECTED FOR TIES Z	2 TAILED P
23.0	51.0	.4079	-.9044	.3658

DBC 6 DEMARCHE SCIENTIFIQUE

GR = 1		GR = 2	
MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK	NUMBER
10.14	7	7.22	9

U	W	EXACT 2 TAILED P	CORRECTED FOR TIES Z	2 TAILED P
20.0	71.0	.2523	1.2191	.2228

TABLEAU 10

RESULTATS: ETUDE PRELIMINAIRE (GROUPES 1-2) N1=7; N2=9.

TEST "CHI CARRE"; GRILLE QUALITATIVE D'ANALYSE DU QUESTIONNAIRE 4

VARIABLES	X2 (CHI CARRE)	D.L.	NIVEAU DE SIGNIFICATION
PA DEMARCHE SCIENTIFIQUE	5.16402	9	.8190
IA DEMARCHE SCIENTIFIQUE	8.00047	7	.3319
AL DEMARCHE SCIENTIFIQUE	1.77770	6	.9390
RA RELATION D'AIDE	6.29327	5	.5000
RP RESPONSABILITES PROFESSIONNELLES	3.13220	5	.6196
MC MODELE CONCEPTUEL*			
GRILLE 04 (SCORE TOTAL)	13.96825	13	.3761

*SCORES 0: IMPOSSIBILITE DE FAIRE L'ANALYSE STATISTIQUE

APPENDICE C

Caractéristiques socio-démographiques.

TABLEAU 11

DISTRIBUTION DES SUJETS SELON CERTAINES

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

GROUPES / DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES	GR. 1 N=7	GR 2 N=9	GR 3-5* N=13	GR 4-6* N=11	GR 7 N=13
AGE					
a) -25 ans	2	1	2	3	
b) 25 à 40 ans	5	7	11	6	7
c) + 40 ans		1		2	6
SEXE					
a) Masculin			1		
b) Féminin	7	9	12	11	13
FORMATION INITIALE					
a) Ecole		5	6	2	9
b) CEGEP	0	4	7	2	4
c) Bacc.	7				
AUTRE FORMATION					
a) Oui	4	4	4	3	10
b) Non	3	5	9	8	3
SI OUI LAQUELLE					
a) Inf. aux. recyclage		1	2		
b) Cert. 1er cycle	2		1		3
c) Cours en soins inf.	3	2	1	1	1
d) Autres	4	2		1	1

TEMPS FORMATION					
a) - 1 an	1				1
b) 1 à 5	2	1	3	4	
c) 6 à 10	4	4	1	4	2
d) + 10 ans		4	9	3	10
PROGRAMME D'ETUDE					
a) Temps plein			1	2	
b) Temps partiel	1	1	12	9	13
TEMPS PREVU					
a) 1 an		1			6
b) 2 ans			1	3	3
c) 3 ou 4 ans			10	5	1
d) 5 ans et plus	1		2	3	3
NO. ANNEES D'EXERCICE					
a) - 1 an	2				
b) 1 à 5 ans	2	2	3	6	1
c) 6 à 10 ans	2	4	6	2	4
d) + 10 ans	1	3	4	3	8
AVEZ-VOUS UN EMPLOI?					
a) Oui	7	9	12	11	13
b) non			2		
TYPE D'INSTITUTION					
a) CH	6	9	11	11	7
b) DSC					
c) CLSC					2
d) CA			1		2
e) Autres	1				2

MILIEU DE TRAVAIL					
a) Soins généraux	1	3	5	3	7
b) Soins spécialisés	2		4	7	4
c) Soins ultra-spécialisés	4	4	1	1	

POSTE ACTUEL					
a) Dir./Coordin.					1
b) Infirm. - Chef	2		2	1	1
c) Assist. inf. chef	2		2	2	4
d) Chef d'équipe		2	1	4	1
e) Inf. soignante	4	7	4	4	4
f) Autre	1		1		

APPENDICE D

Résultats: Etude Quasi-Expérimentale

- Test "Mann Whitney U"
- Test "Wilcoxon matched pairs signed-ranks"

TABLEAU 12

RESULTATS: ETUDE QUASI-EXPERIMENTALE (GROUPES 3-4, GROUPES 5-6) N3=12 N4=11 N5=13 N6=11

TEST "MANN WHITNEY U"

(GROUPES 3-4).

SDLRS - SELF DIRECTED LEARNING READINESS SCALE

GR = 3			GR = 4	
MEAN RANK		NUMBER	MEAN RANK	NUMBER
U	W	EXACT 2 TAILED P	CORRECTED FOR TIES Z	2 TAILED P

QUEST 3 - SCORE TOTAL

GR = 3			GR = 4	
MEAN RANK		NUMBER	MEAN RANK	NUMBER
11.81		13	13.32	11
U	W	EXACT 2 TAILED P	CORRECTED FOR TIES Z	2 TAILED P
62.5	146.5	.6085	-.5218	.6018

PRO 3 PROBLEMES

GR = 3			GR = 4	
MEAN RANK		NUMBER	MEAN RANK	NUMBER
12.96		13	11.95	11
U	W	EXACT 2 TAILED P	CORRECTED FOR TIES Z	2 TAILED P
65.5	131.5	.7330	.3589	.7197

DES 3 DESOINS

GR = 3			GR = 4	
MEAN RANK	NUMBER		MEAN RANK	NUMBER
11.92	13		13.18	11

U	W	EXACT 2 TAILED P	CORRECTED FOR TIES Z	2 TAILED P
64.0	145.0	.6905	-.4380	.6614

OBJ 3 OBJECTIFS

GR = 3			GR = 4	
MEAN RANK	NUMBER		MEAN RANK	NUMBER
11.15	13		14.09	11

U	W	EXACT 2 TAILED P	CORRECTED FOR TIES Z	2 TAILED P
54.0	155.0	.3311	-1.0228	.3064

MOY 3 MOYENS

GR = 3			GR = 4	
MEAN RANK	NUMBER		MEAN RANK	NUMBER
10.85	13		14.45	11

U	W	EXACT 2 TAILED P	CORRECTED FOR TIES Z	2 TAILED P
50.0	159.0	.1184	-1.3598	.1739

TEST "MANN WHITNEY U" STATISTIC (GROUPED 2-9).

GROUP

		EXACT	CORRECTED FOR TIES
U	W	2 TAILED P	1 2 TAILED P
MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK	NUMBER
GR = 2		GR = 4	

GROUP 2 SCORE TOTAL

		EXACT	CORRECTED FOR TIES
U	W	2 TAILED P	1 2 TAILED P
24.0	100.0	.0201	3.1120 .0369
MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK	NUMBER
12.50	12	9.09	11
GR = 2		GR = 4	

CMRQ PROBLEMS

		EXACT	CORRECTED FOR TIES
U	W	2 TAILED P	1 2 TAILED P
49.0	143.0	.1200	1.6629 .1222
MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK	NUMBER
14.63	12	10.32	11
GR = 2		GR = 4	

		EXACT	CONNECTED NON FIXED	
U	R	3 TAILED P	I 3 TAILED P	
2.16	1451.2	.1941	-.2822	.2283

MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK	NUMBER
11.12	12	12.41	11
R2 = 2		R2 = 0	

ANOVA 2 WAY

		EXACT	CONNECTED NON FIXED	
U	R	3 TAILED P	I 3 TAILED P	
2.02	8.49	.0184	5.2821	.0141

MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK	NUMBER
16.58	12	8.11	11
R2 = 2		R2 = 0	

CORRELATED 2 SAD

		EXACT	CONNECTED NON FIXED	
U	R	3 TAILED P	I 3 TAILED P	
20.2	111.2	.3384	1.3324	.3319

MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK	NUMBER
14.13	12	10.26	11
R2 = 2		R2 = 0	

BRIDGE 2 BAR

- 1988 "Man Adrenal U.

- 1987 "Cat Cells.

Bibliography Cited

Appendix A

TABLEAU 14

RESULTATS: ETUDE CHOISIE (GROUPES 2 ET 7) N1=12, N2=12

TEST "MANN WHITNEY U"

EDPAB - DELF DIRECTED LEARNING READINESS SCALE

U	W	Z APPROX P EXACT	1	Z APPROX P CORRECTED FOR TIES
MEAN RANK	NUMBER		MEAN RANK	NUMBER
GR = 2			GR = 1	

GROUP 1 - GROUP TOTAL GROUP 2

U	W	Z APPROX P EXACT	1	Z APPROX P CORRECTED FOR TIES
MEAN RANK	NUMBER		MEAN RANK	NUMBER
GR = 2			GR = 1	

3 MODELE CONCEPTUEL

U	W	Z APPROX P EXACT	1	Z APPROX P CORRECTED FOR TIES
MEAN RANK	NUMBER		MEAN RANK	NUMBER
GR = 2			GR = 1	

		EXACT	CONNECTED NON TIES
		9 TAILED E	9 TAILED E I
U	N	.0108	2477. -.1985
0.97	0.071		

MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK	NUMBER
80.21	21	57.21	21
E = NS		N = NS	

RDIA'Q NOITAMAAN E AN 3 NEAMAAN D.NIDE

		EXACT	CONNECTED NON TIES
		9 TAILED E	9 TAILED E I
U	N	.1284	2.405 2.22
22.2	304.2		

MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK	NUMBER
27.21	21	15.11	21
E = NS		N = NS	

DSC 2 DENMARK SCIENTISTS

		EXACT	CONNECTED NON TIES
		9 TAILED E	9 TAILED E I
U	N	.2000	4000. -2.4148
2.81	2.901		

MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK	NUMBER
23.8	21	22.81	21
E = NS		N = NS	

DSC 3 DENMARK SCIENTISTS

GAMES 2 SCORE TOTAL

PAIR NOT CONNECTED FOR TIES		EXACT		
1 TAILED P	2 TAILED P	2 TAILED P	W	U
.0210	-1.9271	.1020	2.1121	2.44

P = .5		P = .2	
NUMBER	MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK
21	24.43	21	32.01

IN 3 NUMBER OF LA PARTIDE

PAIR NOT CONNECTED FOR TIES		EXACT		
1 TAILED P	2 TAILED P	2 TAILED P	W	U
.0284	-.661794	.2114	0.543	0.27

P = .5		P = .2	
NUMBER	MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK
21	42.24	21	44.51

IN 3 RESPONSABILITES PROFESSIONNELLES

PAIR NOT CONNECTED FOR TIES		EXACT		
1 TAILED P	2 TAILED P	2 TAILED P	W	U
.0210	-.8248	.1537	0.941	0.87

P = .5		P = .2	
NUMBER	MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK
21	40.00	21	50.00

		EXACT	CONNECTED NON FIRE	
		η EQUIVALENT ε	I	η EQUIVALENT ε
U	N	8090.	-1.1021	8880.
21.8	143.8	8.581		

$N = 2$		$N = 1$	
NUMBER	MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK
21	49.01	21	40.61

OBJECTIVE 2 LOG

		EXACT	CONNECTED NON FIRE	
		η EQUIVALENT ε	I	η EQUIVALENT ε
U	N	7281.	-1.2668	8171.
38.0	144.0	0.991		0.48

$N = 2$		$N = 1$	
NUMBER	MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK
21	44.11	21	38.81

BAR 2 BENDING

		EXACT	CONNECTED NON FIRE	
		η EQUIVALENT ε	I	η EQUIVALENT ε
U	N	9214.	-.2481	2888.
34.0	148.0	0.841		0.47

$N = 2$		$N = 1$	
NUMBER	MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK
21	96.51	21	12.41

CONCRETE CONFINEMENT

	THIS TEST CANNOT BE PERFORMED ON EMPTY GROUPS OR WHEN THE DEPENDENT VARIABLE IS A CONSTANT.
RN = 1	RN = 2
NUMBER 21	NUMBER 21
MEAN RANK 12.20	MEAN RANK 12.80

MC 4 MODELS CONCEPTUAL

		EXACT	
U	N	Q ADJUSTED P	P ADJUSTED P FOR TIES CONNECTED FOR I
0.08	0.171	.8402	-.3310 .2712
RN = 1		RN = 2	
NUMBER 21		NUMBER 21	
MEAN RANK 12.88		MEAN RANK 21.12	

GROUP 4 TREND A SCORE TOTAL

		EXACT	
U	N	Q ADJUSTED P	P ADJUSTED P FOR TIES CONNECTED FOR I
8.04	181.8	.4556	-1.2942 .1104
RN = 1		RN = 2	
NUMBER 21		NUMBER 21	
MEAN RANK 10.61		MEAN RANK 24.11	

MOVEMENT 2 MOVE

NUMBER	MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK
12	88.21	12	51.13

AA = MEDIATION DAVIDE

NUMBER	MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK
12	82.41	12	54.21

AB = RESPONSABILITES PROFESSIONNELLES

NUMBER	MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK
12	94.21	12	12.21

BBC = DEMANDE SCIENTIFIQUE

		EXACT	CONNECTED NON TIED
U	W	Z TAILED P	Z TAILED P I
0.74	0.821	.8260	.0225 -1.9221

		N = 2	N = 1
MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK	NUMBER
54.01	21	82.41	21

AN 4 VARIATION B.WIDE

		EXACT	CONNECTED NON TIED
U	W	Z TAILED P	Z TAILED P I
0.12	0.551	.1800	.0051 -3.1942

		N = 2	N = 1
MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK	NUMBER
62.9	21	54.71	21

NC 3 MODELE CONCEPTUEL

		EXACT	CONNECTED NON TIED
U	W	Z TAILED P	Z TAILED P I
2.02	3.441	.1284	.0041 -1.4811

		N = 2	N = 1
MEAN RANK	NUMBER	MEAN RANK	NUMBER
72.11	21	27.81	21

GROUP 2 SCORE TOTAL GROUP 2 TO GROUP 1

		EXACT		
		9 GAUSS E		

69 DEC	1999.9
AI DEC	1859.9
AA DEC	3529.9
AA	2892.9
AN	1221.9
NC	
BAILLE B A (SCORE TOTAL)	8719.9

TEST "CHI CARRE." BAILLE QUALITATIVE D'AMARAGE DU SOREX A

- Coordinateurs de recherche

- Participation Groupe 7

- Participation Groupes 3-3' 4-4

Position de coordinateur

Chef(s) particip(e)(s),

Par la présente, j'adopte de rechercher si moi, ramous à ce remercier par la présentation à l'expérimentation de reprendre 1881 et de la travail 1881. Il n'y aura pas d'expérimentation en juin 1881 et juin 1882 est dur prévu. Pour diverses raisons nous avons dû modifier le cycle de recherche si j'aide ses maintenant terminée.

Toi dur comment fore de l'entente préalable, nous te rejoins personnel dur je pui se jet répulsée de la recherche (document ci-joint). Pour en savoir davantage ut banx communiquer avec moi par téléphone ou par courrier un numéro de adresse ci-dessous.

Nous approchons grandement l'intérêt dur ut porter à notre recherche.

ADELE JOSHUA HILL

ESS, pont. Tache
Hull, QBX 3X1
TXE XBL

TÉL.: (819) 777-8503

Adele Joshua Hill.

Université du Québec à Hull
Case postale 1250, succursale "B", Hull, Québec
QBX 3X7
Télécopieur (819) 777-8503

ADELE JOANNE HILL
CBS, Dept. Tache
Hull, QUE XIX
TXE
TEL: (819) 770-0501

Nous pouvons demander l'installation de notre recepteur.

Avec ma bonne collaboration en vue d'un contrat de travail à durée déterminée (document ci-joint). Pour ne avoir à envoyer quelque un deux communiqué concernant informations sur le but de ces recepteurs de la recepteur
Tel que convenu lors de l'entrevue préliminaire. Nous le remercions personnel

L'étude des marchandises terminées.

de la proposons perfectionner à l'expérimentation de juin 1984.
Par la présente, j'adresse de recepteur ce mot, remonr à ce renseignement

Chef(ple) perfectionné(e).

Adele Hill

Technicien de chemin à bois
Cree Bureau 1500, Waterloo "B", Hull, Quebec
XIX XXX
Telephone: (819) 770-0500

ADELE JOHNE HILL

CBS, Hon. Jacha
Hull, TXE XBL

TEL: (818) 777-8581

Chet(818) participant(s).

Par la présente, j'admets de recherche et non, donne à sa remercier
de sa pleine participation à l'expérimentation de 2004 1982.

Le,étude est maintenant terminée.

Tel une convenu fois de l'entente préalable, nous si réjouis pervenir
quelques informations sur le but de cet téléphone de la recherche
(document ci-joint). Pour en savoir davantage un deux communiquer
avec moi par téléphone ou par courrier au numéro ou adresse ci-dessous.

Nous apprécions grandement l'intérêt que vu portez à notre recherche.

ADOC 1984.

Département des Sciences à Hull
Case postale 1282 succursale "B", Hull, Québec
TXE XBL
Téléphone: (819) 777-8582

MARMONDE BEAUDOIN

ADELE JONSHE HILL

Mon salutations les meilleures.

nous serions intéressés à en discuter avec vous.
ci-inclus une copie du rapport "Final". Si vous avez des commentaires
MAIN de partager avec vous les résultats de cette recherche. Etonnez
f.Stapleton de ce projet de recherche et nous vous en remercions.
ci)inquiet à J.NOAH. Votre participation à cet engagement utile à
fragmentaire utilisée dans le programme de Certificat en soins infirmiers
fermes indications sur les effets du modèle de formation de type exté-
pre 1982. Jeanne 1984 et de juin 1984 nous ont permis de déceler cer-
recherche. Les données recueillies font des expérimentations de reclasse-
rencontre et pour différences raisons. nous avons modifié le devis de
nous sommes à la deuxième étape de la recherche. Suite à notre deuxième

Août 1984

Université de Québec à Hull
Case postale 1250, succursale "B", Hull, Québec
J8X 3X7
Téléphone: (819) 770-9850

MAI 1983

DOCUMENT DE TRAVAIL

(CONTRACTUELLE DE RECHERCHE)

RAYMONDE BEAUDOIN

(DIRECTRICE DU MODULE DES SCIENCES DE LA SANTÉ)

ADÈLE TOMPHE HILL

PAR

EN SOINS INFIRMIERS CLINIQUES À L'ADULTE

DANS LE CADRE DU CERTIFICAT

MODÈLE DE FORMATION DE TYPE EXPÉRIENTIEL

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À HULL

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 1

CHAPITRE PREMIER - PROBLEMATIQUE 5

CHAPITRE II - ORIENTATION DU PROGRAMME 9

Philosophie de l'éducation

Conception des rats et de la pratique infirmière

Objectifs du programme

CHAPITRE III - DEFINITION DU MODELE DE FORMATION DE TYPE EXPERIENTIEL 11

Philosophie sous-jacente

Description du modèle

Evaluation de l'apprentissage

Intégration des enseignements au modèle de formation

CHAPITRE IV - INFIRMATION DU MODELE DE FORMATION DE TYPE EXPERIENTIEL 50

CHAPITRE V - EVALUATION DES EFFETS DU MODELE DE FORMATION DE L'APPRENTISSAGE DE L'APPRENTISSAGE DE TYPE EXPERIENTIEL SUR L'APPRENTISSAGE DE L'APPRENTISSAGE

MAUT ADULTE 53

BIBLIOGRAPHIE 55

Le présent rapport décrit les activités de l'A.M.D.U.T. à ce jour. Ce programme a commencé il y a environ trois ans et a été financé par un contrat avec le Département de l'Approvisionnement du Canada. Le programme principal du projet a été d'établir une base de données sur les caractéristiques physiques des sols argileux du Canada. Les méthodes de détermination des propriétés mécaniques des sols argileux ont été étudiées et des appareils spéciaux ont été mis au point pour mesurer ces propriétés. Il a été décidé d'établir une base de données sur les propriétés physiques des sols argileux du Canada. Les méthodes de détermination des propriétés mécaniques des sols argileux ont été étudiées et des appareils spéciaux ont été mis au point pour mesurer ces propriétés. Ce rapport décrit les activités de l'A.M.D.U.T. à ce jour. Ce programme a commencé il y a environ trois ans et a été financé par un contrat avec le Département de l'Approvisionnement du Canada. Le programme principal du projet a été d'établir une base de données sur les caractéristiques physiques des sols argileux du Canada. Les méthodes de détermination des propriétés mécaniques des sols argileux ont été étudiées et des appareils spéciaux ont été mis au point pour mesurer ces propriétés. Ce rapport décrit les activités de l'A.M.D.U.T. à ce jour. Ce programme a commencé il y a environ trois ans et a été financé par un contrat avec le Département de l'Approvisionnement du Canada. Le programme principal du projet a été d'établir une base de données sur les caractéristiques physiques des sols argileux du Canada. Les méthodes de détermination des propriétés mécaniques des sols argileux ont été étudiées et des appareils spéciaux ont été mis au point pour mesurer ces propriétés.

CHAPITRE PREMIER

PROBLEMATIQUE

Malgré les réalisations intéressantes dans nos programmes nous avons des indications sérieuses de l'existence de lacunes au niveau des approches et de l'encadrement pédagogique utilisés dans le passé. Ces lacunes ont des effets sur le degré de satisfaction des étudiants et sur leur capacité de transfert des acquis dans la pratique professionnelle(1).

Par ailleurs, l'évolution scientifique et technologique des dix dernières années a provoqué une réorganisation du réseau de santé et des professionnels au Québec. En ce qui a trait au rôle de l'infirmière comme professionnelle, une attention particulière est apportée aux comportements d'autonomie et de coopération. L'élaboration récente des normes de la pratique professionnelle[2] exige du personnel infirmier qu'il soit en mesure de faire des choix et de prendre des décisions à partir de sa formation et de son expérience. De même, l'approche plus globale de la santé amène l'infirmière à s'intégrer à une équipe multidisciplinaire où elle a à assumer la responsabilité des soins infirmiers. La pratique professionnelle en soins infirmiers tant par ses exigences théoriques que pratiques met en évidence l'importance du comportement d'autonomie.

Lors de l'élaboration du programme de Certificat[3] en soins infirmiers cliniques nous avons voulu combler ces lacunes. Ceci en proposant un modèle de formation basé sur des principes andragogiques et sur l'apprentissage expérientiel. Ce modèle vise avant tout à répondre aux besoins de l'apprenant et à préparer celui-ci adéquatement à jouer son rôle professionnel en milieu de travail.

---

(1) Rapports d'évaluation des programmes en sciences de la santé (nursing), U.Q.A.H., 1980-81.

(2) A.I.I.C. Définition de la pratique infirmière et des normes de la pratique infirmière. Ottawa, juin 80.

(3) Direction des études et de la recherche. Certificat de premier cycle en soins infirmiers cliniques, UQAH, août 81.

CHAPITRE II

ORIENTATION DU PROGRAMME[1]

C'est à partir d'une réflexion sur la philosophie des enseignants ainsi que sur leur conception des soins et de la pratique infirmière que le modèle de formation fut élaboré.

2.1 Philosophie de l'éducation en soins infirmiers

Les professeurs en soins infirmiers souscrivent à la philosophie préconisée par le Bureau de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers de la province de Québec, qui:

> s'inspire de la conception organique de l'éducation et met l'accent sur les valeurs d'unicité de la personne, d'actualisation de soi et d'autonomie, de responsabilité, de participation, d'engagement social.[2]

La personne est un être dynamique, une entité bio-psycho-sociale. Etre inachevé, elle tend à se réaliser, à se dépasser constamment. L'éducation permet et facilite ce dépassement en favorisant l'expression des besoins de savoir, de savoir-faire et de savoir-être ressentis par l'apprenant. Ainsi l'acte d'apprendre se passe à l'intérieur de l'apprenant qui a la capacité de faire des choix et de les assumer en toutes responsabilités.

> Pour que le programme d'étude en nursing prenne un sens pour l'apprenant, il faut qu'il offre des opportunités de cheminement personnel et des réponses aux aspirations et aux besoins immédiats d'apprentissage que l'apprenant a choisi de satisfaire Il faut aussi qu'il propose un modèle de rôle en nursing clairement identifié afin que l'apprenant puisse y référer lorsqu'il veut mieux saisir le chemin parcouru dans sa formation.

---

[1] Dossier du programme de Certificat en soins infirmiers cliniques, UQAH 19 mars 1981.

[2] Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Philosophie de l'Education en Nursing au Québec, décembre 1977, p. 2.

* L'expression usuelle qualifiant l'homme d'être "bio-psycho-social" sous-entend ici, entre nous, les dimensions spirituelles, intellectuelles, physiques, culturelles et environnementales.

Enfin comme chaque apprenant entreprend des études avec derrière lui un bagage de connaissances et d'expérience dont il faut tenir compte et qu'il a une façon d'apprendre qui lui est propre, il importe de développer des instruments de diagnostic pour identifier les caractéristiques personnelles de l'apprenant en nursing, pour identifier les apprentissages expérientiels antérieurs à son projet d'étude et pour aider l'apprenant à connaître son style d'apprentissage afin de lui proposer par la suite des choix d'approche pédagogique plus appropriée à son style.

A date, peu de programmes d'étude en nursing au Québec présentent des alternatives d'adaptation aux besoins de l'apprenant soit au niveau des contenus, des méthodes pédagogiques ou encore au niveau de l'admissibilité au programme et de sa durée. (1)

2.2 Conception des soins et de la pratique infirmière

Les soins infirmiers:

La profession d'infirmière existant pour répondre à un besoin de la société possède, à ce titre, des idéaux liés à la santé de l'homme tout au long de sa vie. L'infirmière travaille à la promotion, à la conservation et au rétablissement de la santé, à la prévention de la maladie, à l'apaisement de la souffrance, ainsi qu'à la préparation à une mort sereine lorsque la vie ne peut être prolongée. L'infirmière a de l'homme une vision globale et le considère comme un être bio-psycho-social ayant la capacité de se fixer des objectifs et de prendre des décisions, de même que le droit et la responsabilité de faire des choix avisés en conformité avec ses idées et ses valeurs propres. La profession d'infirmière, profession d'aide et d'action guidée par son code de déontologie, se fonde sur l'ouverture aux autres, notion qui se manifeste dans ses quatre champs d'activité: pratique, formation, administration et recherche. (2).

---

[1] OIIQ. Plan de développement de l'éducation en nursing au Québec, mai 1977,

[2] AIIC. Définition de la pratique infirmière et des normes de la pratique infirmière. Ottawa, juin 1980, p. V.

La pratique infirmière:

> Règle générale, la pratique infirmière peut être définie comme une relation d'aide marquée par le dynamisme et le souci d'autrui, relation à l'intérieur de laquelle l'infirmière aide le client à atteindre et à conserver le meilleur état de santé possible. L'infirmière réalise cet objectif par l'application de connaissances et d'habilités tirées du domaine infirmier et des domaines connexes, en se servant de la démarche scientifique dont la substance est elle-même déterminée par un modèle conceptuel propre à la profession infirmière. (1)

Les soins infirmiers cliniques:

Par rapport à la définition des soins infirmiers cliniques nous souscrivons à la définition élaborée par Frances Reiter:

> les soins infirmiers cliniques sont tous les soins directs ou les services personnels et professionnels ("care, cure and counselling") accomplis auprès du patient avec sa collaboration ou pour lui et sa famille. (2)

L'infirmière exerce le contrôle complet sur cette dimension des services de santé. Ces soins directs peuvent être dispensés dans différents champs d'intervention spécifique: auprès de l'enfant et de l'adolescent, en santé à long terme, en santé mentale, auprès du client en phase terminale, en urgence et en situation de crise.

---

[1] AIIC. Définition de la pratique infirmière et des normes de la pratique infirmière. Ottawa, Juin 1980, p. VI.

[2] Frances Reiter. "The Nurse-Clinician", dans American Journal of Nursing, vol. 66 (2), February 1966, p. 274.

2.3 Les objectifs du programme

Le modèle de formation s'intègre dans l'orientation du programme et se veut un moyen d'atteindre les objectifs du programme. Au terme de son programme de Certificat en soins infirmiers cliniques, l'apprenant devrait avoir développer jusqu'à un certain point les qualités visées par les objectifs généraux de premier cycle[1]:

- l'autonomie, c'est à dire la capacité de diriger lui-même sa démarche intellectuelle et de suivre l'évolution ultérieure des connaissances dans sa discipline, son champ d'études ou sa profession;
- la communication, c'est à dire la capacité de rendre accessible les ressources et les instruments de sa discipline ou de son champ d'études et la capacité de profiter des ressources et des instruments de sa discipline ou de son champ d'études connexes au sien;
- l'esprit critique, c'est à dire la capacité d'analyser scientifiquement les argumentations et les idéologies et la capacité de faire une lecture critique des situations sociales, culturelles et politiques de son milieu de vie;
- la créativité, c'est à dire la capacité de donner d'autres dimensions à son objet d'études en lui associant de nouveaux éléments et en questionnant ses finalités, et la capacité de participer à la transformation de la société et au renouvellement des valeurs;
- l'adaptabilité, c'est à dire la capacité de s'adapter aux situations changeantes de la société et aux pratiques nouvelles de sa profession;
- le service à la communauté, c'est à dire la capacité de traduire constamment sa formation et ses connaissances en une contribution valable, compte tenu des divers besoins de son milieu de vie.

---

[1] Le régime des études de premier cycle. Université du Québec, Québec, juin 1977, p. 3.

Les objectifs généraux et terminaux du programme visent l'acquisition de connaissances, d'habiletés et d'attitudes nécessaires pour une pratique infirmière en conformité avec les normes adoptées par l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada.

Les normes de la profession infirmière:

1ère norme: La pratique infirmière exige qu'un modèle conceptuel propre à la profession d'infirmière soit le fondement de la partie indépendante de cette pratique.

2ième norme: La pratique infirmière exige l'utilisation efficace de la démarche scientifique comme méthode de travail dans l'exercice des fonctions indépendantes, interdépendantes et dépendantes de la pratique infirmière.

3ième norme: La pratique infirmière exige que la relation d'aide caractérise les rapports client-infirmière.

4ième norme: La pratique infirmière exige que les infirmières assument des responsabilités professionnelles à l'intérieur de leurs fonctions indépendantes, interdépendantes et dépendantes. (1)

Le tableau 1 qui suit présente les objectifs généraux et terminaux du programme. A chaque objectif général correspond certains objectifs terminaux aux niveaux du savoir, savoir-faire et savoir-être. Le tableau II présente la correspondance entre les objectifs généraux et terminaux et les activités du programme.

---

1 AIIC. Définition de la pratique infirmière et des normes de la pratique infirmière. Ottawa, juin 1981, p. 1.

TABLEAU I: LES OBJECTIFS DU PROGRAMME

Terminaux / Générateurs	1. Au niveau du savoir	2. Au niveau du savoir faire	3. Au niveau du savoir être
1. Acquérir et utiliser: un cadre de formation, un modèle conceptuel en soins infirmiers la démarche scientifique dans toutes ses interventions	a) Définir les concepts reliés à l'identité et à l'autonomie personnelles et professionnelles. b) Formuler sa conception de la santé, du client et des soins infirmiers. c) Décrire certains modèles conceptuels de soins infirmiers.	a) Utiliser la démarche scientifique dans l'exercice de sa profession. b) Planifier, dispenser et évaluer les soins en se basant sur un modèle de soins infirmiers. c) Planifier, réaliser, mettre à jour et évaluer son projet de formation continue.	a) Démontrer de l'intérêt dans l'analyse et l'innovation des interventions en soins infirmiers. b) Manifester un esprit d'ouverture et d'enthousiasme aux orientations actuelles et futures des soins infirmiers. c) Démontrer de l'autonomie par et dans l'établissement d'un plan personnel et professionnel.
2. Établir et maintenir une relation d'aide, basée sur une approche holistique de la personne, avec le client et sa famille.	d) Décrire les principales caractéristiques du fonctionnement et du malfonctionnement de l'être humain au plan bio-psychosocioculturel. e) Décrire les conditions favorables et défavorables à la relation d'aide.	d) Établir, maintenir et terminer avec le client et sa famille une relation d'aide dans une période continue et en situation de crise.	d) Reconnaître ses compétences et ses limites dans la relation d'aide. e) Créer les conditions favorables à la relation d'aide. f) S'adapter aux situations de crise.
3. Tenir compte des dispositions juridiques et déontologiques dans son service aux soins infirmiers.	f) Comprendre les lois juridiques et expliquer les normes et principes déontologiques relatifs à l'exercice de la profession infirmière.	e) Prendre ses décisions et pratiquer ses interventions en tenant compte des aspects éthiques et juridiques.	g) Manifester une attitude de respect des droits de la personne et des normes juridiques et déontologiques.
4. Fournir des informations et des enseignements au client dans une perspective d'actualisation réciproque.	g) Décrire les conditions de base nécessaires à l'intervention éducative auprès du bénéficiaire.	f) Formuler un plan d'enseignement qui répond aux besoins du client/famille g) Planifier, réaliser et évaluer un projet de prise en charge client/famille.	h) Manifester de l'empathie et renforcer le processus de prise en charge client famille.
5. Démontrer des compétences conceptuelles dans un champ d'intervention spécifique en soins infirmiers.	h) Décrire les caractéristiques spécifiques au champ d'intervention clinique choisi.	h) Élaborer un plan d'action systématique dans le champ d'intervention choisi.	i) Démontrer de l'intérêt dans l'analyse et l'innovation de son champ d'intervention spécifique
6. Démontrer des habiletés techniques dans un champ d'intervention spécifique en soins infirmiers.	i) Expliquer les principes et décrire les étapes sous-jacentes à l'application des techniques spécifiques au champ d'intervention clinique choisi.	i) Appliquer les principes et réaliser les étapes sous-jacentes aux techniques pratiquées, spécifiques au champ d'intervention clinique choisi.	j) Démontrer de l'intérêt dans l'analyse et l'innovation des techniques d'intervention.
7. Démontrer par la pratique l'intégration des acquis dans un champ d'intervention spécifique en soins infirmiers.	j) Porter un jugement critique sur l'ensemble des connaissances acquises tout au long du programme	j) Mettre en pratique les acquis de l'ensemble du programme dans le champ d'intervention spécifique choisi.	k) Agir de façon professionnelle dans toutes ses interventions auprès des clients.

FILS INTEGRATEURS:

Modèle conceptuel

Démarche scientifique

Relation d'aide

Responsabilités professionnelles

OBJECTIFS GENERAUX	Activités / Terminaux	SOI 1003	SOI 3013	SOI 2023	SOI 3033	PSY 7223	SOI 3043	SOI 3063	SOI 3103	SOI 3113	SOI 3123	SOI 3133	SOI 3143	SOI 3153	SOI 3163
1. Acquérir et utiliser: un cadre de formation, un modèle conceptuel en soins infirmiers, la démarche scientifique dans toutes ses interventions.	Savoir														
	1.1.a	X	X	X				X							
	1.1.b		X		X			X							
	1.1.c		X					X							
	Savoir faire														
	1.2.a	X						X	X	X	X	X	X	X	X
	1.2.b	X	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X
	1.2.c	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Savoir être														
	1.3.a		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
	1.3.b	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
	1.3.c	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2. Etablir et maintenir une relation d'aide, basée sur une approche holistique de la personne, avec le client et sa famille.	Savoir														
	2.1.d		X		X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
	2.1.e					X		X	X	X	X	X	X	X	X
	Savoir faire														
	2.2.d					X		X	X	X	X	X	X	X	X
	Savoir être														
	2.3.d					X		X	X	X	X	X	X	X	X
	2.3.e					X		X	X	X	X	X	X	X	X
	2.3.f				X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
3. Tenir compte des dimensions juridiques et déontologiques dans son service en soins infirmiers.	Savoir														
	3.1.f	X					X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Savoir faire														
	3.2.e					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Savoir être														
	3.3.g					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4. Fournir des informations et des enseignements au client dans une perspective d'actualisation réciproque.	Savoir														
	4.1.g						X	X							
	Savoir faire														
	4.2.f						X	X	X	X	X	X	X	X	X
	4.2.g					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Savoir être														
	4.3.h					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5. Démontrer des compétences conceptuelles dans un champ d'intervention spécifique en soins infirmiers.	Savoir														
	5.1.h						X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Savoir faire														
	5.2.h						X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Savoir être														
	5.3.i						X	X	X	X	X	X	X	X	X
6. Démontrer des habiletés techniques dans un champ d'intervention spécifique en soins infirmiers.	Savoir														
	6.1.i							X	X	X	X	X	X	X	X
	Savoir faire														
	6.2.i							X	X	X	X	X	X	X	X
	Savoir être														
	6.3.j							X	X	X	X	X	X	X	X
7. Démontrer par la pratique l'intégration des acquis dans un champ d'intervention spécifique en soins infirmiers.	Savoir														
	7.1.j							X							
	Savoir faire														
	7.2.j							X							
	Savoir être														
	7.3.k						X	X	X	X	X	X	X	X	X

CHAPITRE III

DEFINITION DU MODELE DE FORMATION DE TYPE EXPERIENTIEL

3.1 Philosophie sous-jacente

Le modèle de formation utilisé dans le certificat s'inspire principalement de deux modèles théoriques: l'andragogie et le modèle d'apprentissage expérientiel.

L'andragogie:

L'apprenant adulte, en andragogie[1] est perçu comme un être indépendant et mature, possédant un bagage d'expériences personnelles et professionnelles qui le rendent unique. L'apprenant adulte oriente son apprentissage en fonction de ses rôles sociaux et il vise l'application immédiate de son savoir dans la résolution de problèmes qui le concernent[2]. L'activité éducative, d'après ces caractéristiques, doit avoir pour objectif de répondre aux besoins de l'apprenant adulte, de l'inciter à être actif et au centre de son apprentissage. L'enseignant, dans le contexte andragogique, a pour rôle de faciliter l'acquisition de nouveaux comportements chez l'apprenant adulte en créant dans l'environnement les conditions favorables à son apprentissage. Les sept phases du processus andragogique[3] permettent de saisir l'importance de l'environnement et du rôle de l'enseignant lors de l'apprentissage.

---

[1] Malcolm Knowles. "The Modern Processus of Adult Education: Andragogy versus Pedagogy". N.-Y.: Association Press, 1972, ch. 3.

[2] Jean-Louis Bernard. "L'apprenant adulte". Faculté des sciences de l'éducation, Librairie de l'Université de Montréal, 1976.

[3] John Ingalls. "Les sept phases du processus andragogique", Education permanente, Revue de la FSEA, no. 4, 1980, pp. 183-187.

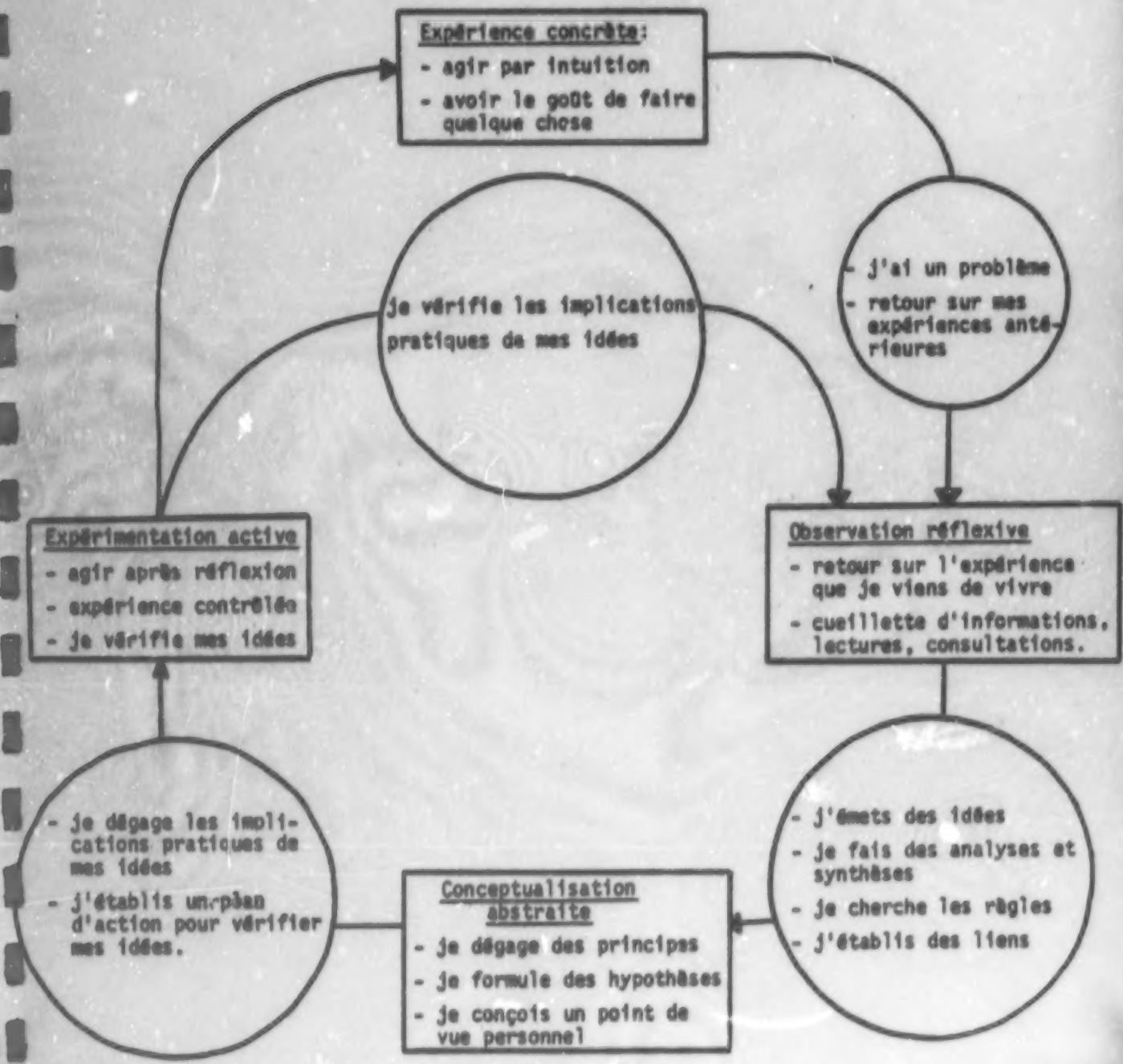
Le modèle d'apprentissage expérientiel (schéma I):

Les modèles d'apprentissage à caractère expérientiel mettent l'emphase sur l'implication personnelle de l'apprenant et l'expérimentation pratique. Le modèle d'apprentissage expérientiel[1] reprend ces deux éléments à travers quatre étapes essentielles à la réalisation d'un véritable apprentissage. Selon les auteurs du modèle, il semble essentiel que l'apprenant parte de son vécu, de ses expériences et motivations personnelles pour faire de nouveaux apprentissages. Le cadre de référence théorique de l'enseignant ainsi que toute autre source d'information ne peuvent que compléter la réflexion personnelle de l'apprenant. De plus, nous disent les auteurs, pour qu'il y ait apprentissage il est nécessaire que l'apprenant confronte et expérimente ces nouvelles connaissances théoriques à la réalité par l'expérimentation pratique. Tant que l'apprentissage reste sous forme de conceptualisation abstraite, il n'y a pas d'intégration véritable de l'apprentissage dans le comportement de l'apprenant. Le modèle d'apprentissage expérientiel vise la personnalisation et l'expérimentation pratique de l'apprentissage. A travers ce processus l'apprenant apprend à apprendre; développe son sens critique et devient responsable et autonome dans son apprentissage. L'enseignant, selon les étapes et les besoins de l'apprenant, joue le rôle d'animateur, de guide, d'expert, de concepteur, etc... Son action a pour but de faciliter le processus d'apprentissage de l'apprenant.

---

[1] H. Bernard, J.M. Cyr et F. Fontaine. L'apprentissage expérientiel, Service pédagogique, Université de Montréal, Montréal, 1981.

SCHEMA I: ETAPES DU PROCESSUS D'APPRENTISSAGE EXPERIENTIEL



3.2 Description du modèle

Les auteurs du modèle de formation utilisé à l'UQAH, sans adhérer entièrement au modèle d'apprentissage expérientiel et aux principes andragogiques, reprennent certains éléments de chacun d'eux pour formuler leur propre modèle de formation de type expérientiel (schéma II).

Entre autres, les étapes du processus d'apprentissage expérientiel sont reprises afin de mettre en évidence l'importance d'une démarche d'apprentissage personnalisée et réaliste chez l'apprenant. D'autre part, les principes andragogiques reproduits dans le modèle de formation rendent compte de l'importance du rôle de l'enseignant et des conditions environnementales dans lesquelles l'apprentissage a lieu.

SCHEMA III: MODELE DE FORMATION

[1] Huguette Bernard, Jean-Marc Cyr, France Fontaine, L'apprentissage expérientiel. Service pédagogique, Université de Montréal, 1981.

[2] John D. Ingalls, Les sept phases du processus andragogique. Education permanente. Revue de la FSEA, no. 4, 1980.

Rôle de l'apprenant:

L'apprenant joue un rôle central dans son processus d'apprentissage. Les activités d'apprentissage sont organisées en fonctions de ses expériences personnelles et professionnelles.

L'apprenant dans un premier temps, prend contact avec sa réalité objective et subjective afin de définir ses besoins et ses objectifs d'apprentissage. Par la suite, l'apprenant cherche différentes sources d'information qui puissent l'aider à compléter sa réflexion personnelle. Il analyse, synthétise et critique ces informations de façon à pouvoir dégager un point de vue personnel. Dans un deuxième temps, l'apprenant confronte à la rialité ses nouvelles connaissances. Il élabore et réalise un plan d'action dans une expérience pratique.

Le modèle de foramtion de type expérientiel nécessite un engagement personnel de la part de l'apprenant. Cet engagement doit être continue au cours du processus d'apprentissage. Autant au niveau de l'expérience réflexive que de l'expérience concrète l'apprentissage dépend de l'implication de l'apprenant.

Le rôle de l'enseignant:

Le rôle de l'enseignant dans le modèle de formation de type expérientiel est de faciliter le processus d'apprentissage de l'apprenant en créant un environnement favorable à l'apprentissage. Les sept phases du processus andragogique définissent le rôle de l'enseignant et ses actions possibles sur l'environnement:

1. Créer un climat d'apprentissage: créer un climat de respect, de confiance et d'écoute de sorte que l'apprenant se sente libre de s'impliquer et d'évoluer à son rythme sans crainte d'être évalué ou jugé.

2. Trouver une structure de planification mutuelle: considérer le point de vue des différentes personnes concernées dans la planification des activités de façon à répondre le plus possible aux attentes de chacun.

3. Trouver des méthodes pour définir les intérêts, les besoins et les valeurs: fournir des moyens ou des instruments à l'apprenant afin qu'il puisse se connaître et identifier ses besoins, ses intérêts et ses valeurs.

4. Articuler les buts: définir clairement les objectifs d'apprentissage à chaque étape du processus de sorte que l'apprenant puisse comprendre et décider librement de son implication.

5. Planifier des activités d'apprentissage: prévoir des activités correspondant aux apprentissages de sorte que l'apprenant ait l'opportunité d'expérimenter ses nouvelles connaissances dans la pratique.

6. Réaliser les activités d'apprentissage pour les adultes: non seulement prévoir du temps ou suggérer des activités mais également créer les conditions nécessaires à la réalisation des activités d'apprentissage.

7. Evaluation et intégration du processus andragogique: amener l'apprenant par un processus d'auto-gestion à réévaluer continuellement ses besoins selon les situations.

Organisation des activités éducatives: (tableau III)

Afin de s'assurer de la mise en application du modèle de formation, deux activités éducatives particulièrement liées au modèle ont été prévues: le premier cours du programme, L'infirmière en situation d'apprentissage et le dernier cours du programme, Intervention en soins infirmiers dans un milieu clinique.

L'infirmière en situation d'apprentissage:

L'orientation du programme et le modèle de formation de type expérientiel mettent l'emphase sur l'implication personnelle et l'autonomie de l'apprenant.

Le cours L'infirmière en situation d'apprentissage fut spécialement conçu dans le but de favoriser le retour au vécu de l'apprenant et d'amorcer chez lui le processus de prise en charge dès l'entrée dans le programme.

Ce cours se veut un instrument de diagnostic et de planification dans la prise en charge de sa formation. Il donne l'opportunité à l'apprenant d'identifier ses caractéristiques personnelles et professionnelles ainsi que de déterminer ses objectifs d'apprentissage et les activités du programme correspondant à ses besoins. Ce cours est considéré comme l'étape initiale du projet de formation continue de l'apprenant.

Intervention en soins infirmiers dans un milieu clinique:

Le cours intervention en soins infirmiers fut élaboré en correspondance avec le modèle de formation de type expérientiel. Ce cours a pour objectif de permettre à l'apprenant t'intégrer dans la pratique ses connaissances théoriques, spécifiques à un champ d'intervention clinique. En d'autres termes, expérimenter activement dans le milieu ses conceptions théoriques.

L'apprenant, à l'intérieur de cette activité, choisit et élabore un projet d'intervention clinique. Il planifie ses soins à partir d'un modèle conceptuel qu'il choisit et il évalue avec l'enseignant sa démarche par des rencontres individuelles au cours de son apprentissage.

L'ensemble des activités éducatives du programme:

L'utilisation du modèle d'apprentissage expérientiel et des principes andragogiques est fortement encouragée dans l'ensemble des activités éducatives du programme. Toutefois, l'enseignant a une certaine liberté dans l'application du modèle en salle de cours.

TABLEAU III: Cheminement de l'étudiant*

Etudiante à temps partiel

	AUTOMNE		HIVER		ETE	
1° Année	SOI 3023	L'infirmière en situation d'apprentissage	SOI 3003	Aspects professionnels de la pratique infirmière	PSY 2222	Communication et relation d'aide.
	SOI 3033	Physiologie humaine: approche holistique	SOI 3013	Théories et modèles en soins infirmiers		
2° Année	SOI 3043	Enseignement aux bénéficiaires	2 cours optionnels		SOI 3053	Intervention en soins infirmiers dans un milieu clinique
	1 cours optionnel					

Etudiante à temps complet

AUTOMNE		HIVER	
SOI 3003	Aspect professionnel de la pratique infirmière	SOI 3043	Enseignement aux bénéficiaires
SOI 3013	Théories et modèles en soins infirmiers	3 cours optionnels	
SOI 3023	L'infirmière en situation d'apprentissage	SOI 3053	Intervention en soins infirmiers dans un milieu clinique.
SOI 3033	Physiologie humaine		
PSY 2222	Communication et relation d'aide		

*Cheminement revisé A-82.

3.3 Evaluation de l'apprentissage

Le système de notation traditionnel crée souvent un atmosphère de tension et de compétition. Afin de créer un climat favorable à l'apprentissage dans les cours L'infirmière en situation d'apprentissage et Intervention en soins infirmiers, il a été jugé préférable de procéder différemment pour l'évaluation.

L'enseignant et l'apprenant se rencontrent une ou plusieurs fois afin d'évaluer ensemble l'atteinte des objectifs prévus et leur poursuite dans le programme. Ce mode d'évaluation permet à l'apprenant de faire une expérience enrichissante et d'apprendre sur lui-même. La mention satisfaisant ou insatisfaisant sanctionne ces deux activités éducatives.

3.4 Initiation des enseignants au modèle de formation

Tous les enseignants ont participé à l'élaboration du modèle de formation. C'est à partir de leurs réflexions sur les évaluations des programmes que certains d'entre eux ont entrepris d'élaborer un modèle de formation innovateur. Bien que tous les enseignants soient d'accord sur la philosophie d'éducation, leur niveau de familiarisation avec le modèle de foramtion de type expérientiel varie. C'est ainsi qu'après une première expérience de deux ans, les enseignants ont exprimé le désir d'approfondir leur connaissance du modèle de formation de façon plus systématique. Des ateliers intensifs sur le modèle d'apprentissage expérientiel auront lieu très prochainement. Tous les professeurs ainsi que certains chargés de cours participeront aux sessions de formation. L'encadrement des chargés de cours qui n'auront pas participé aux ateliers, sera assuré par les professeurs réguliers. Ceci permet une certaine unité d'enseignement et favorise la continuité dans la démarche d'apprentissage chez l'apprenant à travers les différentes activités éducatives.

CHAPITRE IV

IMPLANTATION DU MODELE DE FORMATION DE TYPE EXPERIENTIEL

Le programme débuta avec le modèle de formation à l'automne 1981, avec un premier groupe de 20 apprenants qui terminera d'ailleurs à l'été 1983.

En décembre 1981, après une première session, les discussions enseignants/apprenants ont amené un changement dans le cheminement de l'étudiant. Afin d'orienter les premières activités éducatives vers les besoins personnels de l'apprenant il fut décidé de mettre "L'infirmière en situation d'apprentissage" comme première activité du programme.

La différence dans les expériences des enseignants et des apprenants a mené à l'élaboration plus systématique d'un cadre théorique du modèle de formation afin d'assurer la cohérence entre la philosophie du programme et la réalisation des activités éducatives. Des sessions de formation pratique sont également organisées pour les enseignants et les chargés de cours.

Afin de respecter la philosophie du programme et de créer un climat favorable à l'apprentissage, le mode d'évaluation traditionnel fut modifié dans les cours L'infirmière en situation d'apprentissage et Intervention en milieu clinique.

Le programme se poursuit, deux autres groupes d'apprenants se sont engagés depuis l'automne 1982 et cheminent à raison de deux cours/session.

Ce modèle de formation se veut adapté aux populations visées. Alors, selon les expériences et les réflexions des enseignants et apprenants il se modifira progressivement pour mieux répondre à leurs besoins.

CHAPITRE V

EVALUATION DES EFFETS DU MODELE DE FORMATION DE TYPE EXPERIENTIEL SUR L'APPRENTISSAGE DE L'APPRENANT ADULTE

Les auteurs du modèle de formation sont bien conscients de l'importance de justifier l'innovation dans l'enseignement. Ainsi, depuis mars 1982, le modèle de formation fait l'objet d'une recherche évaluative afin d'étudier ses effets sur la prise en charge et le transfert des acquis théoriques à la pratique chez l'apprenant.

Ce modèle innovateur suscite l'intérêt dans les milieux éducatif et infirmier. Il a donné lieu à quelques présentations lors de colloques depuis l'automne 1982.

BIBLIOGRAPHIE

Modèle de formation

BENOIT, Fernand; BRUNET, Roland; RONDEAU, Jean-Claude; L'éducation des adultes: d'hier à demain. Les éditions coopératives Albert St-Martin, 1977.

BERNARD, H.; CYR, J.M.; FONTAINE, F. L'Apprentissage expérientiel. Service pédagogique, Université de Montréal, Montréal, 1981.

BERNARD, Jean-Louis. L'apprenant adulte. Andragogie, faculté des sciences de l'éducation, Librairie de l'Université de Montréal, 1976.

BERNARD, Jean-Louis. Planification d'un programme en éducation des adultes. Andragogie, faculté des sciences de l'éducation, librairie de l'Université de Montréal, 1979.

BRASSARD, Louise. "Andragogie et pratique infirmière", L'infirmière canadienne, sept. 1978, pp. 26 à 29.

BRUNDAGE, D.H.; MACHERACHER, D. Adult learning principles and their application to program planning. Ministry of Education and Ministry of College and Universities, Ontario, Toronto, 1980.

CANTIN, Gabrielle. Une méthode d'intégration des apprentissages. Andragogie, faculté des sciences de l'éducation, Université de Montréal, 1979.

DEMERS, Michel; BEAUDOIN, Jocelyne; BESSETH, Pauline. "Les caractéristiques de l'apprenant adulte", l'Infirmière canadienne, septembre 1978, pp. 24-25.

GUINIE, Kathleen K. Teaching and learning in nursing. MacMillan Publ. Co., N.Y., 1978.

HORNE, P.J.; PINE, G.S. "Principes et conditions d'apprentissage dans l'éducation des adultes". Adult Leadership, vol. 18 (oct. 1969), pp. 108-134.

INGALLS, J.D. "A trainer's guide to andragogy", Revised Edition, Health Care Financing Administration, Washington, 1973.

INGALLS, John D. "Les sept phases du processus andragogique", Education permanente, Revue de la FSEA, no.4, 1980.

KIDD, J.R. How adults learn. Association Press, 1973.

KNOWLES, M. The modern practice of adult education: andragogy versus pedagogy. New York, Association Press, 1970.

LACHANCE, Lise. La leçon des faits. L'Editeur officiel du Québec, 1974.

ROGERS, Carl R. Liberté pour apprendre. Paris, Bordas, 1976.

THIBAULT, André. Les principes andragogiques de l'activité éducative. Faculté des sciences de l'éducation, section andragogie, Université de Montréal, 1981.

THIBAULT, André. Une halte à la mi-temps d'un certificat. Andragogie, faculté des sciences de l'éducation, Université de Montréal, 1982.

LISTE DES RÉFÉRENCES

[1]Evaluation des programmes du Certificat en nursing communautaire et du Baccalauréat en sciences de la santé (nursing), U.C.A.M., 1980-81.

[2]Plan de développement de l'éducation en nursing au Québec, O.I.I.Q., Montréal, mai 1977, p. 24.

[3]A.I.I.C. Définition de la pratique infirmière et des normes de la pratique infirmière, Ottawa, juin 1981.

[4](Document non publié) Equipe des professeurs de l'U.Q.A.M., module des sciences de la santé. Modèle de formation de type expérientiel.

[5]Guglielmino, Paul J; Guglielmino, Lucy M. Learning Style Assessment (self-scoring form). Florida, 1982.

[6]Browe, M.R.; Harvey, R.J. Retention learning by experience. The National Center for Research in Vocational Education, 1979.

[7]Rosemary S. Caffarella. "Fostering self-directed learning in post- secondary education; the use of learning contracts. Lifelong Learning vol. 7, no. 3, nov. 1983, pp. 7-26.

[8]Knowles, M.S. Innovations in teaching styles. Journal of Education for Social Work, 8(2), pp. 32-39, 1972.

[9]Decker, J.T.; Redhorse, J.; Lucas, S.R.; Adams, J.P. In search of a consistency model for evaluation of student performance in non-tradionnal education. Alternative Higher Education, vol. 2(2), 1977.

[10]Tough, A. Self guided learning and change. In Bowes, S.B. (ed.), Distinguished adult education explore issues/trends/strategies in adult continuing education. University of New Mexico, 1979.

[11]Hiemstra, R. Policy recommendations related to self-directed learning. Syracuse University, Syracuse, 1980.

[12]Smith, R.M.; Haverkamp, K.K. Toward a theory of learning how to learn. Adult Education, 28, pp. 3-21, 1977.

[13]Anderson, R.C.; Biddle, W.B. On asking people questions about what they are reading. Psychology of Learning and Motivation, vol. 9, Bower ed. New York, Academic Press, 1979.

[14]Boker, J.R. Immediate and delayed retention effects of interspersing questions in written instructional passages. Journal of Education Psychology, 66, 1974.

[15]La Porte, R.E.; Voss, J.F. Retention of prose materials as a function of post acquisition testing. Journal of Educational Psychology, 67, 1975.

[16]Hursh, B.A.; Borzak, L. Toward Cognitive Development through Field Studies. Journal of Higher Education, vol. 50, no. 1, pp. 63-78, 1979.

[17]Crowe, M.R.; Harvey A.J. Retention of concepts resulting from learning by experience. The National Center for Research in Vocational Education, 1979.

[18]Gagné, E.E. Long-term retention of information following learning from prose. Review of Educational Research, 48, pp. 662-669, 1978.

[19]AIIC Définition de la pratique infirmière et des normes de la pratique infirmière, Ottawa, juin 1981.

[20]D. Krathwohl; B. Bloom; D.B. Masia; "Taxonomie des objectifs pédagogiques" Tome 2, domaine affectif, Education Nouvelle, Montréal, 1970, p. 7-9.

[21]R.M. Gorman "The Psychology of Classroom Learning", 1974, p. 347.

[22] R. Kirkwood "Importance of Assessing Learning" dans Keanton, Experiental Learning, pp. 151-155.

[23]A.W. Chickering. "Experience and Learning", Change Magazine Press, 1977.

BIBLIOGRAPHIE

Modèle de formation:

ANDERSON, R.C.; BIDDLE, W.B. On asking people questions about what they are reading. Psychology of Learning and Motivation, vol. 9. Bower ed., New-York, Academic Press, 1975.

BENOIT, Fernand; BRUNET, Roland; RONDEAU, Jean-Claude. L'éducation des adultes: d'hier à demain. Les éditions coopératives Albert St-Martin, 1977.

BERNARD, H.; CYR, J.M.; FONTAINE, F. L'apprentissage expérientiel. Service pédagogique, Université de Montréal, Montréal, 1981.

BERNARD, Jean-Louis. L'apprenant adulte. Andragogie, faculté des sciences de l'éducation, Librairie de l'Université de Montréal, 1976.

BERNARD, Jean-Louis. Planification d'un programme en éducation des adultes. Andragogie, faculté des sciences de l'éducation, Librairie de l'Université de Montréal, 1979.

BOKER, J.R. Immediate and delayed retention effects of interspersing questions in written instructional passages. Journal of Educational Psychology, 66, 1974.

BRASSARD, Louise. "Andragogie et pratique infirmière". L'infirmière canadienne, sept. 1978, pp. 26 à 29.

BRUNDAGE, D.H.; MACHERACHER, D. Adult learning principles and their application to program planning. Ministry of Education and Ministry of College and Universities, Ontario, Toronto, 1980.

CAFFARELLA, Rosemary S. Fostering self-directed learning in post secondary education: the use of learning contracts. Lifelong Learning, no. 83, vol. 7, no. 3, pp. 7-26.

CROWE, Michael R.; HARVEY, R.J. Retention of concepts resulting from learning by experience. The National Center for Research in Vocational Education, 1979.

DECKER, J.T.; REDHORSE, J.; LUCAS, G.R.; ADAMS, J.P. In search of a consistency model for evaluation of student performance in nontraditional education. Alternative Higher Education, vol. 2 (2).

DEMERS, Michel; BEAUDOIN, Jocelyne; DESSETH, Pauline. "Les caractéristiques de l'apprenant adulte". L'infirmière canadienne, septembre 1978, pp. 24-25.

GAGNE, E.E. Long-term retention of information following learning from prose. Review of Educational Research, 48, pp. 629-665.

GUINIE, Kathleen K. Teaching and learning in nursing. MacMillan Publ. Co., N.Y., 1978.

HIEMSTRA, R. Policy recommendations related to self-directed learning. Syracuse University, syracuse, 1980.

HORNE, P.J.; PINE G.S. "Principes et conditions d'apprentissage dans l'éducation des adultes". Adult Leadership, vol. 18, (octobre 1969), pp. 108-134.

HURSH, B.A.; BORIAK, L. Toward Cognitive Development through Field Studies. Journal of Higher Education, vol. 50, no. 1, pp. 63-78, 1979.

INGALLS, J.D. A trainer's guide to andragogy. Revised Edition, Health Care Financing Administration, Washington, 1973.

JONES, J.E. & PFEIFFER, J.W. (Eds.) The 1973 annual handbook for groups facilitators. San Diego, CA: University Associates, 1973.

KIDD, J.R. How adults learn. Association Press, 1973.

KNOWLES, M. The modern practice of adult education: andragogy versus pedagogy. New-York, Association Press, 1970.

LACHANCE, Lise. La leçon des faits. L'Editeur officiel du Québec, 1974.

LAPORTE, R.E.; VOSS, I.F. Rentention of prose materials as a function of post acquisition testing. Journal of Educational Psychology, 67, 1975.

ROGERS, Carl R. Liberté pour apprendre. Paris, Bordas, 1976.

SMITH, R.M.; HAVERKAMP, K.K. Toward a theory of learning how to learn. Adult Education, 28, pp. 3-21, 1977.

THIBAULT, A. Les principes andragogiques de l'activité éducative. Faculté des sciences de l'éducation, section andragogique, Université de Montréal, 1981.

THIBAULT, A. Une halte à la mi-temps d'un certificat. Andragogie. Faculté des sciences de l'éducation, Université de Montréal, 1982.

TOUGH, A. Self-guided learning and change. In Bowes, S.G. ed. Distinguished adult/continuing education. University of New Mexico, 1979.

Recherche et évaluation

ALLEN, Moyra. Evaluation des programmes d'enseignement infirmier. OMS, Genève 1977.

ASSOCIATION des infirmiers et infirmières du Québec. Méthodologie de la recherche infirmière. Ottawa, 1978.

BAUDOUX, Claudine. Guide de l'évaluation institutionnelle à l'usage des modules. Université du Québec à Chicoutimi, janvier 1982.

BAUDOUX, Claudine. Questionnaires-types d'évaluation des programmes. Université du Québec à Chicoutimi, janvier 1982.

BRIEN, Robert. Design pédagogique. Les Editions Saint-Yves Inc., Ottawa, 1981.

CAMPBELL, Donald T.; STANLEY, Julian C. Experimental and Quasi-experimental design for research. Houghton Missling Company, Boston, 1963.

FONTAINE, France. Dossier sur l'évaluation. Service pédagogique, Université de Montréal, 1979.

FORTIN, Toussaint. Notion d'objectif. Université du Québec à Hull, 1982.

GUGLIELMINO, Lucy; GUGLIELMINO, Paul. The self directed learning readiness scale. Guglielmino and Associates, Floride, 1982.

LACASSE, Marc-André. Mesure en éducation. Bulletin des spécialistes de la mesure en éducation, vol. 4., no. 1, janvier, 1981.

NADEAU, Marc-André. L'évaluation des programmes d'études. Les presses de l'Université Laval.

NATIONAL League for Nursing. Developping tests to evaluate student achievement in nursing program. New-York, 1979.

ORDRE des infirmières et infirmiers du Québec. Plan de développement de l'éducation en nursing au Québec, mai 1977.

SCALLON, Gérald; NADEAU, Marc-André; FORTIN, Toussaint; BOYER, Jean-Yves. Notion d'évaluation. Université du Québec à Hull, 1982.

STRAPOLI & WALTZ. Developping & evaluating educational programs for health care providers. F.A. Davis Company, Philadelphie, 1978.

WANDELT, Mable. Guide for the beginning researcher. Appleton-Century Crofts, New-York, 1970.